



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی قزوین
دانشکده بهداشت

پایان نامه جهت دریافت درجه کارشناسی ارشد (MPH)

موضوع :

ارزیابی تقاضا برای خدمات سرپایی در مراجعان مراکز درمانی سازمان تأمین اجتماعی

در سال ۱۳۹۴

استاد راهنما :

دکتر سعید آصف زاده

نگارش :

دکتر بهمن علی اکبری

شماره پایان نامه:

سال تحصیلی : ۹۵-۱۳۹۴

معلمقامت ز عرش برتر باد

همیشه توسن اندیشه ات مظفر باد

مشکرو قدردانی می نمایم از:

استاد راهنمای ارجمندم پروفور سعید آصف زاده

به پاس راهنمایی های ارزنده شان در طول انجام این پژوهش

و هیأت داوران و همه اساتید گرامی

که آموخته های خویش را مرمون زحمات ایشان می دانم.

بانشکراز:

همه بیمارانی که در تکمیل پرشنامه با صبر و حوصله مساعدت نمودند.

سلامتی و نیکبختی شان را آرزو مندم.

تقدیم بہ:

ہمسرمہربان و عزیزم

کہ با صبر و آرامش در زندگی

ہموارہ پستیانم بودند در پیمودن راہ

مسکرم

تقدیم به:

روح بزرگوار پدرم

و

روح مادر عزیزم

که مهربانی و دعای خیرشان سایه سار زندگی من است.

یادشان گرامی

فهرست مطالب

چکیده	۱
فصل اول کلیات	۲
(۱-۱) مقدمه و بیان مسئله	۳
(۲-۱) نیاز سنجی	۵
(۳-۱) تقاضا برای خدمات درمانی	۷
(۴-۱) اهمیت برآورد تقاضا در بهداشت و درمان	۱۴
(۵-۱) اقتصاد و سیاستگذاری در بهداشت	۱۶
(۶-۱) بازار سلامت	۱۸
(۷-۱) ویژگی ها و عوامل اثر گذار بر تقاضا از منظر خریداران بازار سلامت	۱۹
(۸-۱) اهداف طرح	۲۲
فصل دوم مروری بر مطالعات	۲۴
فصل سوم روش کار	۳۹
(۱-۳) نوع مطالعه	۴۰
(۲-۳) ابزار گردآوری اطلاعات	۴۰
(۱-۲-۳) مشاهده	۴۰
(۲-۲-۳) مصاحبه	۴۰
(۳-۲-۳) پرسشنامه	۴۰
(۴-۲-۳) استفاده از اسناد و مدارک	۴۱
(۳-۳) جامعه و نمونه آماری	۴۲
(۴-۳) روش اجرای تحقیق	۴۲
(۵-۳) روش تجزیه و تحلیل داده ها	۴۳

۴۳	..... ملاحظات اخلاقی
۴۴	..... جدول متغیرها
۴۵	..... فصل چهارم یافته ها
۶۲	..... فصل پنجم بحث و نتیجه گیری
۶۳	..... (۱-۵) مقدمه
۶۳	..... (۲-۵) بحث
۷۱	..... (۳-۵) نتیجه گیری کلی
۷۱	..... (۴-۵) پیشنهاد ها
۷۲	..... منابع
۷۶	..... پیوستها
۷۹	..... چکیده انگلیسی

فهرست جدول ها

جدول ۴-۱: توزیع فراوانی گروه سنی افراد مورد بررسی.....	۴۶
جدول ۴-۲: توزیع فراوانی سطح تحصیلات افراد مورد بررسی.....	۴۷
جدول ۴-۳: توزیع فراوانی شغل افراد مورد بررسی.....	۴۷
جدول ۴-۴: توزیع فراوانی درآمد مراجعین مورد بررسی.....	۴۸
جدول ۴-۵: توزیع فراوانی نوع بیمه مراجعین مورد بررسی.....	۴۸
جدول ۴-۶: توزیع فراوانی تعدد مراجعات مراجعین مورد بررسی.....	۴۹
جدول ۴-۷: توزیع فراوانی علت مراجعت قبلی.....	۵۰
جدول ۴-۸: توزیع فراوانی علت مراجعت فعلی.....	۵۱
جدول ۴-۹: توزیع فراوانی تخصص های مورد نیاز از دیدگاه مراجعین.....	۵۳
جدول ۴-۱۰: میزان تقاضای تخصصهای سرپایی بر حسب گروه سنی مراجعه کنندگان.....	۵۴
جدول ۴-۱۱: میزان تقاضای تخصصهای سرپایی بر حسب جنس مراجعه کنندگان.....	۵۵
جدول ۴-۱۲: میزان تقاضای تخصصهای سرپایی بر حسب تأهل مراجعه کنندگان.....	۵۵
جدول ۴-۱۳: میزان تقاضای تخصصهای سرپایی بر حسب میزان تحصیلات مراجعه کنندگان.....	۵۶
جدول ۴-۱۴: میزان تقاضای تخصصهای سرپایی بر حسب شغل مراجعه کنندگان.....	۵۷
جدول ۴-۱۵: میزان تقاضای تخصصهای سرپایی بر حسب درآمد مراجعه کنندگان.....	۵۸
جدول ۴-۱۶: میزان تقاضای تخصصهای سرپایی بر حسب نوع بیمه مراجعه کنندگان.....	۵۹
جدول ۴-۱۷: میزان تقاضای تخصصهای سرپایی بر حسب داشتن یا نداشتن بیمه تکمیلی مراجعه کنندگان.....	۶۰
جدول ۴-۱۸: میزان تقاضای تخصصهای سرپایی بر حسب داشتن یا نداشتن تاریخچه پزشکی مراجعه کنندگان.....	۶۰
جدول ۴-۱۹: میزان تقاضای تخصصهای سرپایی بر حسب داشتن یا نداشتن سابقه مصرف دارو مراجعه کنندگان.....	۶۱

فهرست نمودارها

نمودار ۴-۱: توزیع فراوانی سابقه ابتلا به بیماری مراجعین ۵۲

چکیده

مقدمه و هدف: جمعیت هدف باید امکان دریافت خدمات مورد نیاز خود را بدون تحمل زحمت فراوان داشته باشد و این خدمات باید منطبق با فرهنگ و نیاز دریافت کنندگان و قابل تحمل از نظر هزینه ها باشد. در تحقیق حاضر تقاضا برای خدمات درمان سرپایی در مراجعان مراکز درمانی سازمان تأمین اجتماعی شهر قزوین در سال ۱۳۹۴ مورد مطالعه و بررسی قرار گرفت.

روش کار: این مطالعه از نوع مقطعی (توصیفی - تحلیلی) آینده نگر بود. تعداد ۳۸۴ نفر از مراجعین مورد ارزیابی قرار گرفتند. ابزار گردآوری اطلاعات از مراجعین به درمانگاه، پرسشنامه بود. پرسشنامه دارای سه قسمت اصلی بود. قسمت اول شامل خصوصیات جمعیت شناختی مراجعین مانند جنس، سن، میزان تحصیلات، میزان درآمد، نوع بیمه پشتیبان و شغل بود. قسمت دوم در مورد سوابق پزشکی، تعداد مراجعه به درمانگاه و علت مراجعه به تعداد ۱۱ سؤال بود. قسمت سوم پرسشنامه نیز در مورد نظر سنجی خدمات پزشکی مورد نیاز در آینده بود. پایایی پرسشنامه، آلفای کرونباخ برابر ۰/۷۵۵ محاسبه گردید. از آزمون مربع کای برای تعیین رابطه بین متغیرهای مستقل و وابسته استفاده شد.

یافته ها: بیشترین فراوانی علت مراجعه مراجعین، سرماخوردگی (۱۹/۳ درصد)، انجام آزمایش (۱۵/۹ درصد)، دریافت دارو (۹/۴ درصد)، بیماری های زنان (۹/۱ درصد)، دندانپزشکی (۷/۸ درصد) و ارتوپدی (۷/۸ درصد) بود. میانگین تعداد مراجعات به مراکز درمانی سازمان تأمین اجتماعی استان قزوین $2 \pm 1/3$ بار بود. کلیه مراجعین متقاضی وجود هر سه خدمات پزشکی آزمایشگاه، رادیولوژی و سونوگرافی بودند. تخصص های پزشکی مورد نیاز از دیدگاه مراجعین، تخصص داخلی (۱۲/۵ درصد)، تخصص قلب و عروق (۱۱/۷ درصد)، ارتوپدی (۸/۳ درصد) و دندانپزشکی (۸/۱ درصد) به ترتیب دارای بیشترین فراوانی تقاضا بودند. میزان تقاضا برای خدمات سرپایی با سن، درآمد، نوع بیمه و تاریخچه پزشکی مراجعین رابطه معنی دار داشت ($p < 0.05$) ولی باجنس، تأهل، تحصیلات، شغل و سابقه مصرف دارو مراجعین رابطه معنی دار نداشت ($p > 0.05$).

نتیجه گیری: نتایج حاصل از این تحقیق نشان داد که وجود بخش های تشخیصی آزمایشگاه، رادیولوژی و سونوگرافی در مراکز خدمات درمانی سرپایی سازمان تأمین اجتماعی مورد تقاضای همه مراجعین بود. همچنین مهمترین تخصص های پزشکی مورد نیاز از دیدگاه مراجعین به ترتیب، تخصص داخلی، تخصص قلب و عروق، ارتوپدی و دندانپزشکی بودند. این نتایج در برنامه ریزی طرح توسعه مراکز خدمات درمانی سرپایی سازمان تأمین اجتماعی مفید و قابل اجرا بوده و نیازهای درمانی مراجعین را برطرف خواهد نمود.

واژه های کلیدی: تقاضا، خدمات درمانی، تأمین اجتماعی، مراکز درمانی سرپایی

فصل اول

کلیات

۱-۱) مقدمه و بیان مسئله

نظام پیچیده مراقبت های بهداشتی درمانی مستلزم فعالیت های پیشگیری و درمانی هماهنگی است که باید یک ساختار سازمانی مدیریت، آن را تحت مقتضیات و شرایط اجتماعی و سیاسی به عهده بگیرد. برنامه ها، بدون استثنا با بررسی نیاز مردم و تقاضای مراقبت بهداشتی و درمانی آغاز می شود (۱).

نظام بهداشتی درمانی کشور ایران در سه سطح کشوری، استانی و شهرستان سازمان دهی شده است. در سطح کشوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ستاد اصلی هماهنگی نظام بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را تشکیل می دهد. در سطح استان دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی عهده دار خدمات نظارت بر فعالیت های شبکه بهداشت درمان شهرستان ها، پشتیبانی از واحدهای عرضه خدمات پیش بینی شده و آموزش پزشکی در رشته های وابسته به آن می باشند. در سطح شهرستان واحدهای اجرایی خدمات بهداشتی قرار دارند که با عنوان شبکه بهداشت و درمان شهرستان به ارائه خدمات می پردازند. سطح بندی خدمات بیمارستانی به اولویت بندی ارائه خدمات بر اساس پیچیدگی تشخیص و درمان و تخصیص بهینه منابع مالی می پردازد، به نحوی که هر بیماری با توجه به عوامل دسترسی، پیچیدگی و ارجاع مناسب در بهترین شکل ممکن درمان گردد (۲).

جمعیت هدف باید امکان دریافت خدمات مورد نیاز خود را بدون تحمل زحمت فراوان داشته باشد و این خدمات از نظر دریافت کنندگان مورد قبول، منطبق با فرهنگ مردم و قابل تحمل از نظر هزینه های اعمالی برای جمعیت باشد. انواع دسترسی به سطوح مختلف مراقبت های بهداشتی درمانی بطور کلی در ۴ دسته خلاصه می شوند: دسترسی جغرافیائی، دسترسی تکنولوژیکی، دسترسی اقتصادی و دسترسی زمانی (۳).

در زمینه خدمات بهداشتی - درمانی، تعیین گروه های هدف موجود در جامعه و خدمات مورد نیاز در هر یک از گروه های هدف از عوامل مهم ارائه خدمات می باشد. شناخت تقاضاهای درمانی افراد جامعه، گذرگاهی است که نه تنها خدمات پیشگیری سطح سوم را مشخص می کند، بلکه بر اساس آن می توان خدمات مورد نیاز در سطوح پیشگیری ثانویه و اولیه را نیز تعیین و برنامه ریزی نمود. به عبارت دیگر سیستم بهداشتی درمانی زمانی می تواند خدمات پیشگیری سطح اول و دوم را مشخص نماید که توانسته باشد مشکلات موجود که پیشگیری سطح سوم را می طلبند شناسایی کرده باشد. اصطلاحاتی که در رابطه با نیاز درمانی به کار می رود عبارتند از: نیاز تجویزی^۱، نیاز احساس شده^۲، نیاز ابراز شده^۳ و نیاز تطبیقی^۴ (۴). تمام افرادی که نیاز بهداشتی - درمانی را ذکر می کنند. جهت رفع آن اقدام نمی کنند. دلائلی که باعث این اتفاق می شود، شامل آگاهی، دسترسی و مقبولیت است (۵). در واقع بسیاری از نیازمندان هستند که از سیستم ارائه خدمات بهداشتی - درمانی استفاده نمی نمایند، در این حالت میزان استفاده کم خدمات نشان دهنده کم بودن نیاز جامعه نیست و حجم خدمات محاسبه شده بر اساس میزان «استفاده^۵» از خدمات بهداشتی - درمانی مساوی با حجم خدمات محاسبه شده بر اساس میزان نیاز^۶ نخواهد شد (۶). عوامل مختلفی که نیاز و تقاضا را برای خدمات بهداشتی - درمانی تحت تأثیر قرار می دهند شامل موارد ذیل است: خصوصیات جمعیتی، توزیع جنسی، هرم سنی، نرخ رشد جمعیت، شیوع بیماری ها، سیاست های بهداشتی درمانی، گسترش بیمه های درمانی، تولید ناخالص ملی و درآمد سرانه، روند توسعه دانش و فن آوری پزشکی و ویژگیهای فرهنگی جامعه. برای تعیین حجم خدمات درمانی بر حسب واحد زمان می توان از میزان تقاضا و مراجعه استفاده نمود. در واقع دو مؤلفه عمده در تعیین حجم خدمات نقش دارند:

¹ Normative need

² Felt need

³ Expressed need

⁴ Comparative need

⁵ Utilization

⁶ Need

▪ جمعیت بیماران بر حسب جنس، سن

▪ نوع خدمت ارائه شده

بر اساس مؤلفه های فوق و با در نظر گرفتن زمانی که برای ارائه هر یک از خدمات مورد نیاز است می توان حجم خدمات را بر حسب واحد زمان محاسبه نمود . همانطور که قبلاً نیز ذکر شد نکته حائز اهمیت دیگر این است که با استفاده از میزان تقاضا و مراجعه برای خدمات درمانی می توان خدمات پیشگیری سطح اول و سطح دوم مورد نیاز در گروه سنی مربوط را نیز مشخص نمود (۷).

در تحقیق حاضر تقاضاهای مطرح درمانی برای خدمات سرپایی در مراجعان مراکز درمانی سازمان تأمین اجتماعی شهر قزوین در سال ۱۳۹۴ مورد مطالعه و بررسی قرار گرفت.

۲-۱) نیاز سنجی

نیاز (Need): فاصله موقعیت موجود با موقعیت مطلوب یا فاصله موقعیت واقعی با موقعیت مورد نظر.

دسته بندی نیازها: انواع مختلف نیاز وجود دارد که در زیر به برخی از آنها اشاره می شود:

۱. نیازهای هنجاری (Normative Needs) که با نام نیاز استاندارد نیز شناخته می شود. این نوع نیازها توسط صاحب نظران و متخصصان هر حوزه و براساس استانداردهای مشخص تعریف می شوند. برای مثال، با تعیین سطح مشخصی از آگاهی به عنوان استاندارد قابل قبول برای پیشگیری از چاقی و مشخص کردن تفاوت سطح آگاهی موجود فرد یا گروه با این استاندارد، نیاز آموزشی از نوع هنجاری در برنامه پیشگیری از چاقی تعیین می گردد (۸).

۲. نیازهای محسوس (Felt Needs) که در آن درک تفاوت وضعیت موجود با وضعیت مطلوب توسط مخاطب باعث احساس نیاز در او می شود. در افرادی که احساس کنند کم کردن وزن اضافی برای سلامت آنان مفید است و برای کاهش وزن نیاز به یادگیری دارند، نیاز آموزشی محسوس دارند.

۳. نیازهای بیان شده (Expressed Needs) که آن را با نام تقاضا (Demand) هم می شناسند. افراد یا گروه هایی که نیاز محسوس خود را از راه های مختلف اعلام می کنند و تقاضای رفع آن را دارند، نیاز بیان شده دارند. تقاضای افراد برای استفاده از خدمات مشاوره ای برای کاهش وزن، از این دسته نیازها محسوب می شود (۹).

۴. نیازهای مقایسه ای (Comparative Needs): مقایسه افراد یا گروه ها با یکدیگر به شناسایی این نیازها منجر می شود. وقتی افراد یا گروه های آموزش دیده در زمینه کاهش وزن را با افراد یا گروه هایی که آموزش ندیده اند از نظر شدت و بزرگی مشکل، هزینه های صرف شده و نوع مداخلات مقایسه می کنیم، نیاز مقایسه ای به آن برنامه آموزشی مشخص می شود.

نیازسنجی (Needs Assessment): لازمه تنظیم اهداف و تعیین روش برخورد با مشکلات، شناسایی و تحلیل آنهاست. نیازسنجی، مرور نظام مند مشکلات جمعیت هدف که منجر به توافق بر اولویت ها و نحوه تخصیص منابع می شود. بنابراین هدف فرایند نیازسنجی، تنها توصیف مشکلات جمعیت هدف نیست بلکه مشخص کردن فاصله بین پیامدهای موجود و پیامدهای مورد انتظار و تعیین اولویت ها برای استفاده اثربخش از منابع موجود را نیز شامل می شود.

منافع نیازسنجی: انجام نیازسنجی باعث خواهد شد تا مشارکت جامعه در فرایند تصمیم گیری تقویت شود، کار گروهی و مشارکتی ارتقا یابد، مهارت ها و تجارب توسعه یابد، ارتباط با سازمان ها و نهادهای فعال در سطح جامعه تقویت شود و از منابع در اختیار استفاده بهینه شود.

چالش های نیازسنجی: دشواری دسترسی به جمعیت هدف، سختی دستیابی به داده های مورد نظر، لزوم استفاده از زبان مشترک بین سازمان ها و بخش های مختلف، ایجاد تعهد و انگیزه برای کار تیمی، درگیر کردن سطوح بالاتر در تمام مراحل نیازسنجی و دشواری تبدیل یافته های حاصل از نیازسنجی به اقدام اثربخش را می توان از جمله مهمترین چالش هایی دانست که نیازسنجی با آنها روبروست.

۳-۱) تقاضا برای خدمات درمانی

در زمینه خدمات بهداشتی درمانی، تعیین گروه های هدف موجود در جامعه و خدمات مورد نیاز در هر یک از گروه های هدف از عوامل مهم ارائه خدمات می باشد. شناخت تقاضاهای درمانی افراد جامعه، گذرگاهی است که نه تنها خدمات پیشگیری سطح سوم را مشخص می کند، بلکه بر اساس آن می توان خدمات مورد نیاز در سطوح پیشگیری ثانویه و اولیه را نیز تعیین و برنامه ریزی نمود. به عبارت دیگر، سیستم بهداشتی درمانی زمانی می تواند خدمات پیشگیری سطح اول و دوم را مشخص نماید که توانسته باشد مشکلات موجود که پیشگیری سطح سوم را می طلبد شناسائی کرده باشد.

۱. نیاز هنجاری (تجویزی ، استاندارد یا نیازی که با یک استاندارد مقایسه می شود)

نیازهنجاری نیازی است که توسط کارشناسان یا متخصصین برطبق استاندارد های خودشان تعیین می شود . قرارگرفتن در پایین تر از آن استاندارد ها به معنی وجود نیاز است .مثلا یک متخصص تغذیه سطح معینی از آگاهی های تغذیه ای را به عنوان استاندارد قابل قبول برای مراجعین درنظر بگیرد واگر سطح آگاهی تغذیه ای آنها به آن حد استاندارد نرسید نشان دهنده نیاز به آموزش تغذیه باشد.

به عبارت دیگر زمانی یک نیاز را هنجاری می نامیم که بین یک معیار مطلوب و معیاری که عملاً وجود دارد فاصله یا شکاف وجود داشته باشد فرد یا گروهی که از سطح معیار مطلوب تنزل می کنند نیازمند است . نیاز هنجاری براساس قضاوت های ارزشی متخصصین وکارشناسان حرفه ای تعیین می شود که ممکن است منجر به مسایل ومشکلاتی نیز بشود اول این که احتمال دارد نظر متخصصدر مورد استاندارد قابل قبول تغییر کند . ودیگر اینکه ممکن است استاندارد ها وارزش های متخصصین با استاندارد ها وارزش های مراجعین یعنی مردم متفاوت باشد . برخی از نیازهای هنجاری بوسیله قانون تعیین می شوند . مانند مقررات مربوط به بهداشت مواد غذایی ویا شرح وظایف شغلی یکی از استاندارد های موثر است .

۲. نیاز های محسوس(تمایلات یا نیاز احساس شده)(آنچه مردم فکر می کنند که نیاز دارند)

نیاز محسوس نیازی است که مردم به آن احساس نیاز می کنند و شامل چیزی است که می خواهند یا به آن تمایل دارند . مثلا یک زن باردار ممکن است نیاز به آموزش در مورد مراقبت های دوران بارداری یا نیاز به اطلاعات در مورد زایمان را احساس کند .

به عبارت دیگر نیاز محسوس نیازی است که فرد مورد نظر ضرورت آن را احساس کرده باشد . اگر چه نیاز های محسوس وجود دارند اما ممکن است نه واقعی باشند و نه آموزشی . نیاز های واقعی آموزشی ممکن است توسط افرادی که این نیاز را دارند تشخیص داده نشده و یا احساس نشود . البته یک نیاز محسوس ممکن است یک نیاز واقعی آموزشی نیز باشد که اگر چنین موقعیتی ایجاد شود آموزش دهنده در مورد کمک به فراگیران برای تشخیص نیازهایشان مشکلی ندارد . از نظر تئوری ممکن است لازم باشد به فراگیران کمک کنیم تا نیازهای واقعی آموزشی را که باعث ایجاد انگیزه یادگیری در آنها می شود

۳. نیاز بیان شده (تقاضا)

نیاز بیان شده چیزی است که افراد نیاز به آن را اعلام می کنند . به عبارت دیگر نیاز محسوسی است که به صورت خواسته یا تقاضا بیان شده در آمده است . تقاضا برای برگزاری کلاس های آموزشی در مورد کنترل وزن ، ورزش و رژیم غذایی نمونه هایی از نیاز های بیان شده است .

تمام نیازهای محسوس ، به نیازهای بیان شده یا تقاضا تبدیل نمی شوند . کمبود فرصت ، انگیزش یا جسارت تماما می توانند از بیان یک نیاز محسوس جلوگیری کنند . نیاز های بیان شده ممکن است با نیازهای هنجاری متخصصین در تضاد باشند . برای نمونه ممکن است یک بیمار نیاز به داشتن اطلاعات در مورد شرایط سلامتی اش را بیان نماید و این بسیار بیشتر از چیزی باشد که پرستار قادر یا مایل است به او ارائه دهد حالت عکس آن نیز ممکن است اتفاق بیفتد

نیاز بیان شده نیازی است که از طرف مردم اظهار می شود مثلا تقاضا برای خدمات بهداشتی جدید یا بیشتر . ارتباط موثر و محکمی بین نیاز محسوس و نیاز بیان شده یا تقاضا وجود دارد . نیاز بیان شده از نیازهای

محسوس نشات می گیرد اما از طریق کلمات یا فعلی بیان می شود که به تقاضا موسوم است . گاهی اوقات مردم می خواهند از برخی خدمات به صورت تمام وقت استفاده کنند حتی اگر نیازهایشان را به طور کافی برآورده نکند .

۴. نیاز های تطبیقی (مقایسه ای) (امتیاز ویژه ای که بعضی از مردم دارند و دیگران ندارند)

نیاز های تطبیقی در آموزش و ارتقای سلامت با مقایسه گروه هایی که خدماتی را دریافت میکنند و گروه های مشابهی که آن خدمات را دریافت نمی کنند . تعریف می شوند . آنهایی که خدمات را دریافت نمی کنند به عنوان افراد نیازمند شناخته می شوند برای نمونه دانش آموزان در مدرسه ای برنامه آموزشی درمورد موضوعات بهداشتی را دریافت کنند . و دانش آموزان مدرسه دیگری این آموزش ها را دریافت نکنند. می توان گفت که نیاز تطبیقی برای آموزش سلامت در مدرسه دوم وجود دارد . از بررسی انواع نیاز ها مشخص می شود که بررسی هیچ یک از مفاهیم نیاز به تنهایی کافی نیست مفاهیم نیاز نسبی بوده و متاثر از نگرش ها ، ارزش ها و عوامل قابل بحث دیگر می باشد . نقصان هریک از مفاهیم نیاز ایجاب می کند که همه انواع نیازها برای تحلیل موقعیت بررسی شوند زمانی که افراد تشخیص می دهند و می پذیرند که نیازی وجود دارد سعی خواهند نمود تا آن را برطرف نمایند . اگر فراگیران مورد نظر شرایط جدید توصیف شده را نپذیرند در آن صورت هیچ تغییری پیش نخواهد آمد . بنابر این لازم است برای مقایسه آنچه که هست با وضعیت جدید و مطلوب « آنچه که باید باشد » را تعیین کنیم این مقایسه باید مشخص کند چه شکاف ها یا نیازهایی وجود دارد و وسعت این شکاف ها یا نیاز ها چقدر است .

۵. نیاز پیش بینی شده یا مورد انتظار

به تفاوت وضع موجود با وضعیت مطلوب در آینده با توجه به شرایط و تحولات نیازهای آینده یا مورد انتظار گفته می شود . مثلا وقتی در نظام سیستم بهداشتی تغییراتی در شرف وقوع است کارکنان برای انجام وظایف

جدید باید مهارت ها و توانایی های خاصی را دارا باشند نیاز به اینگونه آموزش ها را نیاز مورد انتظار یا پیش بینی شده گویند (۶).

سیاست های بهداشتی درمانی جزئی از سیاست های توسعه اقتصادی اجتماعی یک کشور است که هدف آن ایجاد تغییر اساسی در وضعیت سلامت مردم و شکستن دور باطل فقر و با کمک و مشارکت مردم است. هدف سیاست ها و استراتژی های سالم، توزیع عادلانه امکانات و رعایت عدالت اجتماعی است. نیاز سنجی برای خدمات بیمارستانی باید در ذهن تصمیم گیرندگان با یافتن پاسخ برای پرسش زیر شکل گیرد:

- اولویت های بهداشتی درمانی مردم چیست؟
- چه تعداد بیمارستان در محدوده جغرافیائی در حال حاضر مشغول به کارند؟
- آیا این بیمارستان ها به طور موثر جمعیت هدف را پوشش می دهند؟
- نرخ اشغال تخت چقدر است؟ و اگر این نرخ پائین است به چه دلیلی است؟
- آیا کارکرد بیمارستان های فعلی اقتصادی است؟
- آیا بیمارستان های موجود قابلیت توسعه دارند؟ و آیا در راستای اهداف سیستم بهداشتی درمانی کشور فعالیت می کنند؟ به ویژه در خدمت سیستم ارجاع و مراقبت های اولیه هستند؟
- چگونه می توان خدمات بیمارستان های موجود را بهینه کرد؟
- چه جمعیت جغرافیائی تحت پوشش مراقبت های بیمارستانی قرار دارند؟ آیا بیمارستان ها قابلیت دسترسی مناسب دارند؟
- آیا خدمات سرپایی به طور موثر عمل می کنند تا از بار خدمات بستری بکاهند؟

پرسش های بالا و نظایر آن به ویژه پرسش هایی که درباره وضعیت اقتصادی- اجتماعی است باید پاسخ داده شوند تا نیازهای کنونی و آینده به خدمات بستری ارزیابی گردد.

اطلاعات جمعیت شناسی، اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و اپیدمیولوژی برای تعیین و اولویت بندی محدوده های جغرافیائی به منظور اعمال مداخلات بهداشتی درمانی ضروری است. بنابراین قبل از هر اقدامی باید اطلاعات معتبر درباره همه عوامل دخیل در برنامه ریزی خدمات بیمارستان گردآوری و تحلیل شود.

میزان دسترسی به داده های جامع و قابل اطمینان در خصوص وضعیت اقتصادی اجتماعی، بهداشتی جمعیت در کشورهای مختلف فرق می کند. به هر حال می توان داده های موجود یا داده های هدفمند را گردآوری و استفاده کرد. در مواردی که اطلاعات موجود تردید آمیز است- مانند وضعیت کشورهای رو به رشد- طراحی و اجرای مطالعات مقطعی درباره جمعیت هدف و سازمان های بهداشتی درمانی موجود مفید خواهد بود.

مطالعات روند نیز برای پیش بینی نیازهای آینده جمعیت امکان پذیر است. منابع اطلاعاتی برای این گونه مطالعات عبارتند از: مدارک پزشکی بیمارستان ها، گزارش های اپیدمیولوژیک، آمارهای ادواری، سرشماری ها و غیره. البته عمق این بررسی ها بستگی به ابعاد برنامه های بهداشتی دارد به آن معنی که هرچه برنامه ها وسیع تر و متنوع تر باشد، دامنه اطلاعات مورد نیاز گسترده خواهد بود.

در جاهایی که فرا گرد گردآوری داده ها با موانع و مشکلاتی مانند کمبود وقت، کمبود اعتبارات، یا نبود افراد متخصص و ماهر مواجه می شود، استفاده از روش بررسی نمونه ای سریع و بهره مندی از نظر افراد متخصص و به کار گرفتن روش های کیفی مانند: روش دلفی، بحث گروهی یا مصاحبه جمعی می تواند به نیاز سنجی کمک کند و اطلاعات مفیدی را در اختیار بگذارد. در هر صورت برنامه گردآوری داده ها باید متناسب با شرایط موجود طراحی شود..

به طور کلی در یک برنامه نیاز سنجی اطلاعات زیر باید گردآوری و تحلیل شود:

۱. اطلاعات جغرافیائی منطقه ای که باید تحت پوشش بیمارستان یا بیمارستان های جدید

قرار گیرد:

- مساحت
- چگالی جمعیت در نقاط شهری و روستائی
- تعداد شهرها، نقاط شهری، شهرک ها و روستاها تا شعاع ۶۰ کیلومتری از نقطه جغرافیائی بیمارستان
- وضعیت حمل و نقل و راه های شهری
- وضعیت حمل و نقل و راته های روستائی و فاصله زمانی تا بیمارستان
- وضعیت اقلیمی و آب و هوای منطقه

۲. اطلاعات جمعیتی و اجتماعی

- تعداد جمعیت تحت پوشش خدمات بیمارستانی
- توزیع جمعیت شهری و روستائی بر حسب جنسیت
- چگالی جمعیت بر حسب موقعیت مکانی
- نرخ تولد و مرگ و میر و متوسط رشد سالانه جمعیت
- نرخ مهاجرت
- مسائل و ارزش های خاص فرهنگی ، اجتماعی، سیاسی جمعیت
- شناسائی گروه های خاص قومی- سیاسی ، و گروه هایی که می توانند بر تصمیم گیری اثر گذار باشند.

۳. اطلاعات اقتصادی: واقعیت این است که توسعه بهداشت با توسعه اقتصاد همبستگی زیاد

دارد.

- تعداد مراکز صنعتی ، کارخانجات، و کارگاه های حرفه ای

- نواحی کشاورزی و زراعی
- مراکز تجاری
- سرانه درآمد سالانه
- نرخ اشتغال
- نرخ تورم اقتصادی
- توزیع جمعیت بر حسب بخش های اقتصادی در منطقه
- نرخ بهره دهی سرمایه گذاری در بیمه های بهداشتی درمانی

۴. اطلاعات وضعیت بهداشتی درمانی جمعیت شامل:

- بیماری های شایع منطقه
- نرخ مرگ و میر بر حسب علل بیماری و سن و جنس
- گروه های در معرض خطر
- نرخ بیماری های سرپائی
- نرخ بستری

۵. وضعیت موسسات و امکانات بهداشتی درمانی

- تعداد پزشکان عمومی و متخصص
- تعداد خانه های بهداشت، و مرکز بهداشتی درمانی روستائی و شهری
- تعداد بیمارستان های منطقه به تفکیک تعداد تخت، فعالیت هر بخش و تخصص مربوط به آنها و

سال تاسیس

- تعداد کلینیک ها و پلی کلینیک ها

- شاخص تخت (نسبت کل تخت های بیمارستانی به جمعیت)
 - نرخ اشغال تخت
 - متوسط طول اقامت بیماران در بیمارستان ها
 - نرخ مرگ و میر بیمارستانی
 - تعداد بیمارستان های مجهز و یا تخصصی در شهرهای مجاور با تعیین تخصص آنان
 - تعداد بیماران ارجاعی از سایر شهرها به بیمارستان های موجود و تعداد ارجاعات از بیمارستان های موجود به بیمارستان های تخصصی شهرهای دیگر
- هر بیمارستان در هر سطحی از خدمات: ناحیه ای یا منطقه ای و یا پیشرفته، جزئی از سیستم بهداشت است و نقش کلیدی در دستیابی به اهداف توسعه سلامت مردم ایفا می کند. از آنجا که عوامل مهم جمعیت شناسی، اقتصادی، اجتماعی- فرهنگی و اپیدمیولوژیک بر نقش و عملکرد بیمارستان اثر می گذازند، بنابراین گردآوری و تحلیل اطلاعات به منظور ارزیابی نیازهای واقعی مردم یک منطقه جغرافیایی برای خدمات بیمارستانی اهمیت اساسی دارد (۲).

۴-۱) اهمیت برآورد تقاضا در بهداشت و درمان

یکی از مهم ترین و اصلی ترین نقش های دولت ها، اعمال هزینه ها در بخش بهداشت و درمان است. مخارج دولتی در بهداشت و درمان همواره و بدون هیچ گونه بحث و مخالفتی یکی از نقش های بی چون و چرای دولت ها محسوب می شود. آنچه کمتر مشخص می باشد این است که آیا پولی که دولت ها صرف بهداشت و درمان می کنند، دسترسی افراد و در نتیجه استفاده آنها از خدمات را افزایش می دهد یا خیر. در کشورهای فقیر، نقص آشکاری در تخصیص صحیح و عادلانه منابع مالی کمیاب وجود دارد که آن هم به سبب عدم درک صحیح از چگونگی سرمایه گذاری در این بخش می باشد؛ همین مساله بر تقاضا و درک چگونگی

تغییر در قیمت گذاری خدمات دولتی، و سرمایه گذاری در امر ارتقای کیفیت خدمات موثر است؛ که در ادامه این گزینه نیز بر تصمیمات مصرف کنندگان درباره اینکه به دنبال چه نوع خدمت بهداشتی درمانی باشند و در کجا تاثیر گذار می باشند. به علاوه، آگاهی از چگونگی تصمیم گیری یک مصرف کننده فقیر و غنی درباره نحوه استفاده از خدمات بهداشتی درمانی، هم از منظر قیمت گذاری و هم کیفیت خدمات، در ارزیابی رعایت اصل برابری در سیاست های جایگزین بسیار حیاتی و مهمی می باشد.

بدون اغراق می توان اهمیت تحلیل تقاضا برای خدمات بهداشتی درمانی را در تدوین سیاست ها و راهبردهای بخش سلامت دانست. در هر جامعه ای، چه توسعه یافته و چه در حال توسعه، اهداف برنامه بخش سلامت عبارتند از: الف) تضمین ارائه خدمات بهداشتی درمانی اساسی به کل جمعیت، ب) افزایش کارایی تخصیصی منابع به این بخش، ج) ارتقای کیفیت خدمات، د) افزایش برابری در دسترسی به تسهیلات دولتی، و ه) توجه هزینه های خدمات ارائه شده.

راهبردهای مناسب مورد نیاز جهت دستیابی به تمام اهداف فوق تدوین نخواهند شد بدون داشتن آگاهی کافی از وسعت، تعیین کننده ها، و کشش پذیری تقاضای خدمات بهداشتی درمانی در سطح خانوار.

برای مثال، به منظور آغاز برنامه ای برای ارائه خدمات بهداشتی درمانی پایه و تحت پوشش قرار دادن کل جامعه، مدیران نیاز دارند تا از سطح و ترکیبات تقاضا برای خدمات بهداشتی درمانی و نیازهای بهداشتی درمانی موجود در کل جمعیت آگاهی کاملی کسب نمایند. سیاست هائی برای استفاده مناسب از منابع موجود و گسترش تسهیلات باید ابتدا بر پایه سطح تقاضا برای خدمات بهداشتی درمانی از طریق بخش بندی های متفاوت جمعیت استوار باشد. به عبارت دیگر، همانطور که کارائی تخصیصی منابع در نقطه برابری عرضه و تقاضای بازار در بالاترین حالت خود قرار دارد، داشتن آگاهی کافی درباره تقاضا برای افزایش کارائی تخصیص منابع ضروری است. به طور مشابه، یکی از بهترین راه های قضاوت در مورد کیفیت ارائه خدمات ارزیابی سطح رضایت ارباب رجوع می باشد؛ و در بیشتر موارد سطح رضایت بازتاب فاصله بین عرضه و تقاضا می باشد.

اساساً برابری ارائه خدمات در بخش سلامت به تضمین دسترسی بخش های فقیر تر جامعه به تسهیلات و خدمات بهداشتی درمانی بر می گردد، و ارزیابی تقاضا و نیاز به خدمات بهداشتی درمانی در بخش های کم درآمد برای فراهم نمودن امکان دسترسی کافی به تسهیلات و خدمات برای این قشر ضروری می نماید. همچنین تحلیل تقاضا برای طراحی راهبردهای تامین مالی نظام سلامت بسیار حیاتی می باشد.

برخی صاحب نظران متذکر شده اند که تقاضا برای خدمات بهداشتی درمانی اساساً القائی از سوی عرضه کننده می باشد، زیرا مشاوران بخش سلامت همان عرضه کنندگان خدمات هستند و بنابراین بر میزان تقاضا تاثیر گذار می باشند. به علاوه، بسیاری از صاحب نظران اقتصادی هم عقیده هستند که در بخش سلامت، تابع تقاضا مستقل از تابع عرضه وجود دارد؛ این مساله را می توان برآورد نمود در صورتی که تلاش های مناسب برای مشاهده هر چه نزدیک تر و بهتر رفتار خانوار و تحلیل دقیق دیدگاه های افراد به عمل آید. همچنین برآورد تقاضا را می توان در برنامه ریزی ملی، سیاست گذاری و تصمیم گیری به طور موثری به کار برد (۱۰).

۵-۱) اقتصاد و سیاست گذاری در بهداشت

چنانچه موضوع اقتصاد بهداشت را به دو عرصه وسیع بهداشت و درمان تقسیم کنیم، برای سیاستگذاری دقیق تر و کارآمدتر باید به تفاوت های این دو عرصه توجه داشته باشیم. البته این نکته را باید همواره به خاطر داشته باشیم که تفکیک بهداشت از درمان یک امر واقعی و عینی نیست و صرفاً به جهت مطالعه دقیق تر پدیده ها و مسایل مرتبط، این جداسازی صورت می گیرد. به عبارت بهتر محدودیت منابع در همه عرصه ها و بالاخص در عرصه بهداشت و درمان ما را ناچار از انتخاب و سرمایه گذاری در عرصه های بخصوصی می نماید که چنانچه با مطالعه و درایت کافی صورت گیرد می تواند بهره وری قابل ملاحظه ای داشته باشد. در این رابطه چند سوال استراتژیک مطرح است که عمدتاً ناظر به سیاستگذاری و تعیین اولویت هاست. در تخصیص مبلغ مشخصی از اعتبارات یا سهم مشخصی از تولید ناخالص ملی، فعالیت های کدام عرصه (بهداشت یا

درمان) برای ما مهم‌تر است؟ بهداشت معمولاً با پیشگیری از بروز بیماری‌ها، با تکنولوژی ساده و ارزان، با دولتی و جمعی بودن آن، و با تأثیرات آن در درازمدت تعریف می‌شود در حالی که درمان با متوقف نمودن پیشرفت بیماری، با تکنولوژی گران و پیچیده، با (معمولاً) خصوصی و فردی بودن آن و تأثیرات بلافصل مشخص و معین می‌شود.

تکیه بر استفاده از نیروی انسانی یا تکنولوژی پیچیده و مبتنی بر سرمایه سنگین نیز یکی دیگر از سوالات استراتژیک است. این که چه چیز (چه نوع خدمت یا خدمات) برای چه کسانی (کدام گروه یا جمعیت) و با چه روشی و بوسیله چه کسانی تولید شود سوالات عمده‌ای است که به لحاظ اقتصادی، سیاستگذاران باید به آن‌ها توجه کنند (۱۱). بعد از مساله تولید، مساله برابری در دسترسی^۱ و اثر بخشی^۲ مطرح است. با عنایت به این که برخورداری از سلامت یک حق انسانی است و در عین حال منابع محدود برای تامین سلامت همه افراد وجود دارد لذا عرصه اقتصاد بهداشت عرصه جدال یک ارزش انسانی – برابری – و یک ارزش اقتصادی – اثر بخشی – تلقی می‌شود. در بسیاری از موارد صرف هزینه‌های کلان و سرمایه‌گذاری بیشتر در عرصه خدمات بهداشتی درمانی، به اشتباه به تامین برابری در دسترس تعبیر می‌شود. صرف هزینه‌های سنگین سرانه برای خدمات بهداشتی همیشه به معنی بالا بودن میزان بازده و اثر بخشی برنامه نمی‌باشد. ایالات متحده بالاترین سرانه بهداشتی در دنیا را به خود اختصاص می‌دهد اما در مقایسه با دیگر کشور های پیشرفته^۳، از شاخص‌های بهداشتی چندان مطلوبی برخوردار نیست و امارات عربی متحده با درآمد سرانه‌ای حدود ۴۰ برابر در آمد سرانه سریلانکا، از امید به زندگی یکسانی با این کشور برخوردار است (۱۲)، برابری نیز صرفاً با بیمه اجباری یا ساخت بیمارستان‌های مدرن و مجهز متجلی نمی‌شود. بلکه در تخصیص منابع

^۱ Equity

^۲ Effectiveness

^۳ Organization for economic co-operation and development (OECD)

براساس نیاز، در تولید و توزیع خدمات بر اساس یافته های اپیدمیولوژیک و کیفیت نسبتا یکسان خدمات در مناطق مختلف تعریف می شود (۱۳).

۱-۶) بازار سلامت

نیاز به سلامتی و تقاضا برای دریافت خدمات مربوط به آن (بهداشت و درمان) از ابتدایی ترین تقاضاهای مطرح شده جوامع بشری بوده است. از آنجا که خدمات سلامتی، از طرف ارائه دهندگان با پول و کالا یا خدمت دیگر مبادله می شود، عرضه آن خدمات نیز در ازای وجود تقاضا صورت می گیرد.

بازار سلامت یک بازار ناقص است، چرا که: اگر کسی نیازمند دریافت خدمات سلامتی باشد و قادر به پرداخت هزینه آن نباشد نمی تواند از خرید آن صرفنظر کند. زیرا عدم خرید آن موجب مرگ و معلولیت خواهد شد. پس باید این عده نیازمند که توانائی خرید ندارند از بیرون از بازار کمک بگیرند.

نیازهای دیگر انسان مانند خوراک، غذا و ... قابل پیش بینی است، ولی نیازهای سلامتی انسان در سطح فردی قابل پیش بینی نیست. آیا می توان پیش بینی کرد که یک کودک در طول عمر خود به عمل جراحی نیاز پیدا خواهد کرد یا خیر.

آگاهی و اطلاع نیازمندان به خدمات سلامتی از اینکه به چه نوع خدماتی نیاز دارند و پس از آنکه این خدمت را دریافت کردند چه اتفاقی خواهد افتاد و چه چیزی نصیب وی خواهد شد بسیار کم است.

در بسیاری از موارد، مصرف مراقبت های بهداشتی یک انتخاب آزاد نیست (بجز در موارد پیشگیری) و فی نفسه خوشایند و رضایت بخش نیز نمی باشد (۱۴). تفاوت های دیگری نیز بین کالاها و خدمات بهداشتی و دیگر کالاها و خدمات وجود دارد که اقتصاد بهداشت به آنها می پردازد. این تفاوت ها به اختصار عبارتند از :

- ضعف آگاهی مشتری از خدمات بهداشتی درمانی
- فقدان یا ضعف کشش تقاضا برای خدمات درمانی

- برخورداری بیماری و سلامت از عوارض خارجی^۱
- امکان ایجاد تقاضا توسط عرضه کننده خدمات بهداشتی درمانی
- تصمیم گیری عرضه کننده در رابطه با نوع و حجم خدمات قابل ارائه به مشتری (بیمار)
- سلامت و بهداشت به عنوان یک نیاز اساسی و حق انسانی
- ضعف مصرف کنندگان (بیماران) خدمات بهداشتی درمانی در ارزیابی آنها
- عدم قاطعیت و اطمینان از وقوع بیماری و ...

همه این عوامل دست در دست یکدیگر شرایطی را فراهم می کنند که به بیان اقتصادی به آن نارسایی بازار^۲ گفته می شود. بازار خدمات بهداشتی از این ویژگی برخوردار است و همانند بازار کالا و دیگر خدمات، عمل نمی کند و سلطه مشتری در آن وجود ندارد.

نارسایی بازار زمانی رخ می دهد که نیروهای بازار مانع از شکل گیری تخصیص بهینه می شوند. عوامل عمده این نارسایی کنترل قیمت و حجم تولید، اطلاعات ناقص، و خدمات بیشتر تولید کنندگان و ارائه کنندگان کالاها و خدمات در مقایسه با مصرف کنندگان (مثلا در حالت انحصار) می باشد. همه این موانع به نوعی در بازار خدمات و مراقبت های بهداشتی وجود دارند.

۷-۱) ویژگی ها و عوامل اثر گذار بر تقاضا از منظر خریداران بازار سلامت

از منظر خریدار بازار سلامت، پیش شرط ورود خریدار به بازار مراقبت های بهداشتی درمانی برای دریافت خدمت، نیاز است، این نیاز ممکن است احساس شده باشد. مثل نیاز به خدمات درمانی یا احساس نشده باشد که به وسیله اتخاذ سیاست ها و بکارگیری اهرم هایی در جامعه تعیین می شود. این نیاز بر حسب سطح

^۱ Externalities

^۲ market failure

آگاهی فرد از مشکلات سلامتی، چگونگی تلقی فرد از سطح سلامتی، گرایش برای جبران مشکل، به تقاضا تبدیل می شود؛ این تقاضا بر حسب دسترسی جغرافیائی به تسهیلات مورد نیاز، دسترسی اقتصادی به تسهیلات مورد نیاز و دسترسی فرهنگی و اجتماعی مورد نیاز در دسترس به مراجعه تبدیل می شود. شرط حصول اهداف نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی، بهره مندی جمعیت هدف از خدمات ارائه شده می باشد. عوامل متعددی بر بهره مندی از خدمات موثر هستند، تعدادی از این عوامل عبارتند از:

✓ متغیرهای زمینه ای شامل ویژگی های جمعیتی (سن، جنس، درآمد، وضعیت تاهل، تعداد افراد خانوار، سطح تحصیلات، شغل، طبقه اجتماعی و اقتصادی و)

✓ دسترسی: به معنی امکان بهره مندی از خدمت است. اولین شرط دسترسی به یک خدمت، ارائه آن خدمت است

✓ احساس نیاز یا وجود تقاضا: نیاز با سطح بیماری یا وضعیت سلامتی ارتباط دارد. وضعیت سلامتی بهترین تعیین کننده بهره مندی می باشد خدمات درمانی یا توانبخشی به واسطه بروز ناتوانی عموماً بدون نیاز به آموزش، یا جلب توجه فرد به بیماری یا ناتوانی خود، مورد تقاضا واقع می شوند، ولی خدمات پیشگیری از آن جهت که هنوز بیماری یا ناتوانی ناشی از آن ظاهر نشده است تقاضا برای دریافت اینگونه خدمات بسیار کم می باشد.

✓ سطح درک جامعه از کیفیت ارائه خدمات (نظام ارائه خدمت): کیفیت ارائه خدمت عملاً از دو بعد مورد توجه قرار می گیرد، بعد محیطی و اجتماعی که بسته به محیط فیزیکی و اجتماعی ارائه خدمت، شوبه های برخورد ارائه دهندگان و چگونگی رعایت وقت خدمت گیرندگان بر می گردد. بعد دیگر کیفیت فن آوری علمی و تخصصی ارائه خدمت است.

در مطالعات بهره مندی آنچه که بیشتر مورد توجه قرار می گیرد، بعد اول کیفیت ارائه خدمات است.

✓ تناسب قیمت (مناسب بودن قیمت و کیفیت خدمت): در صورت استطاعت مالی و دسترسی اقتصادی، هنگامی که گیرنده خدمت، قیمت و کیفیت خدمت را متناسب تشخیص دهد، از آن استفاده می کند و شدت احساس نیاز بر این تقاضا موثر است. به این معنا که با افزایش احساس نیاز، فرد حاضر است بهای بیشتری برای دریافت خدمات پرداخت کند و به همین دلیل جامعه تمایل بیشتری برای پرداخت هزینه خدمات درمانی نسبت به پیشگیری دارد (۱۳).

اندرسن، شومن (۱۹۹۳) ساختار ارزیابی استفاده از خدمات بهداشتی درمانی را پیشنهاد کردند. بر اساس نظریات آنها عواملی که در این ساختار موثر است و میزان بهره مندی را تعیین می کند عبارت است از:

✓ عوامل مستعد کننده شامل سن، جنس، نژاد، تحصیلات و وضعیت تاهل

✓ عوامل توانا کننده: عواملی که به افراد اجازه می دهند تا نیازهای مرتبط با خدمات سلامتی خود را برطرف کنند، مانند بیمه، درآمد و

در بازار بهداشت و درمان، عرضه کنندگان متعددی وجود دارند. تقاضا از بیمارانی که تصمیم به خرید نوع خاصی از خدمت می گیرند ناشی می شود. تصمیمات آنها متأثر از عوامل بسیاری است. اول، موجودیت! آیا عرضه کننده خدمت مورد نیاز و مناسب را ارائه می کند؟ خریداران معمولاً خدمت یا کالای ارزان تر را ترجیح می دهند تا پول بیشتری را برای خرید کالاها و خدمات دیگر حفظ کنند، می توان بین آنچه فرد می پردازد، آنچه می تواند و آنچه وی تقاضا می کند تفاوت قائل شد. نیاز چیزی است که به طور عینی به بهترین شکل با شرایط درمانی او متناسب است. این را عملاً یک پزشک تشخیص می دهد و ارزیابی می کند. خواسته ها چیزهائی هستند که برای بیمار بهترین تلقی شود که ممکن است همانی باشد که نیاز دارد و نهایتاً تقاضا آن چیزی است که واقعاً می خرد. این را عموماً تحت تاثیر نظر پزشک و دیگر متغیرها نظیر توانمندی برای خریداران و مصرف شدن با متقاعد شدن به توصیه های پیشنهادی قرار دارد (۱۳).

۸-۱) اهداف طرح

الف- هدف اصلی طرح:

تعیین تقاضا برای خدمات سرپایی در مراجعان مراکز درمانی سازمان تأمین اجتماعی در سال ۹۴

ب- اهداف فرعی طرح:

✓ تعیین علل ترجیح افراد برای مراجعه به مراکز درمانی سازمان تأمین اجتماعی در مواجهه با بیماری در

سال ۹۴

✓ تعیین علل مراجعه افراد برای مراجعه به مراکز درمانی سازمان تأمین اجتماعی در مواجهه با بیماری در

سال ۹۴

✓ تعیین میانگین بار مراجعه به مراکز مختلف جهت دریافت خدمات درمانی سرپایی به مراکز درمانی

سازمان تأمین اجتماعی در سال ۹۴

✓ تعیین میزان تقاضا برای خدمات سرپایی در مراجعان مراکز درمانی سازمان تأمین اجتماعی در سال

۹۴ بر حسب نوع بیماری

✓ تعیین میزان تقاضا برای خدمات سرپایی در مراجعان مراکز درمانی سازمان تأمین اجتماعی در سال

۹۴ بر حسب سن

✓ تعیین میزان تقاضا برای خدمات سرپایی در مراجعان مراکز درمانی سازمان تأمین اجتماعی در سال

۹۴ بر حسب جنس و تأهل

✓ تعیین میزان تقاضا برای خدمات سرپایی در مراجعان مراکز درمانی سازمان تأمین اجتماعی در سال

۹۴ بر حسب تحصیلات افراد

✓ تعیین میزان تقاضا برای خدمات سرپایی در مراجعان مراکز درمانی سازمان تأمین اجتماعی در سال

۹۴ بر حسب شغل

✓ تعیین میزان تقاضا برای خدمات سرپایی در مراجعان مراکز درمانی سازمان تأمین اجتماعی در سال

۹۴ بر میزان درآمد ماهیانه مراجعین

✓ تعیین میزان تقاضا برای خدمات سرپایی در مراجعان مراکز درمانی سازمان تأمین اجتماعی در سال

۹۴ بر حسب نوع بیمه

ج- هدف کاربردی:

تعیین نیازهای درمانی متقاضیان خدمات سرپایی و توجه سیاست گذاران سلامت در جهت طراحی برنامه

هایی برای دسترسی اقشار جامعه به خدمات درمانی مورد نیاز

فصل دوم

مروری بر مطالعات

🌈 Cindy در سال ۱۹۸۹ تحقیقی را با هدف تعیین علل اقدام به خوددرمانی در هنگ کنگ مطالعه ای انجام داد. ۱۹۰ بیماری که در طول دو هفته گذشته اقدام به خوددرمانی کرده بودند به عنوان نمونه مطالعه انتخاب شدند. منبع اصلی این افراد برای اقدام به خوددرمانی توصیه و اطلاعات حاصل از خانواده و دوستان بود. ۹۳٪ از این بیماران نسبت به اثرات جانبی خود درمانی آگاه نبودند، اگرچه بیشتر آنها حداقل از برخی از جنبه های درمانی اقدام خود اطلاع داشتند. دلیل اصلی آنها برای اقدام به خوددرمانی به جای مشاوره با پزشک درک بیمار نسبت به خفیف بودن بیماری بود. اکثریت بیماران برای دردهای عضلانی، مشکلات گوارشی، مشکلات تنفسی، سردرد و مشکلات پوستی به خوددرمانی مبادرت ورزیده بودند (۱۵).

🌈 طباطبایی و همکاران در سال ۱۳۷۹ علل عمده مراجعه بیماران بومی شهرستان رفسنجان به مراکز درمانی یزد و ارائه راهکارهای مناسب را مورد بررسی قرار دادند. عمده ترین علل مراجعه بیماران بومی شهرستان رفسنجان به مراکز درمانی یزد کمبود پزشک متخصص مجرب در اکثر تخصصها (خصوصاً زنان و زایمان، ارتوپدی، داخلی، اعصاب و روان و چشم) عدم رسیدگی مناسب، عدم احترام به شخصیت و حقوق بیمار، آموزشی بودن بیمارستانها، فقدان بیمارستان خصوصی، نارضایتی از نحوه پذیرش، ناآگاهی در زمینه وجود پزشک متخصص مناسب مربوط به بیماریشان در رفسنجان، عدم مدیریت صحیح، کمبود امکانات رفاهی مناسب، عدم تشخیص صحیح و درمان بموقع، ترخیص پیش از موعد بیمار، درمان ناقص، عوارض پس از عمل جراحی، کمبود امکانات و تجهیزات پزشکی، عدم رعایت موازین بهداشتی و نامناسب بودن بخش سوانح و سوختگی در مراکز درمانی رفسنجان می باشد. در حالیکه جذابیت مراکز درمانی یزد طبق نتایج حاصله شهرت و تجربه پزشکان، قدمت و معروفیت بیمارستانها، برخورد مناسب پزشکان و کارکنان، تشخیص


صحیح و درمان بموقع و کامل، رسیدگی مناسب، وجود نظم و قانون، دارا بودن بیمارستان های خصوصی، تسهیلات رفاهی مناسب و بخصوص مدیریت کارآمد آن می باشد (۱۶).

آصف زاده در سال ۱۹۹۹ مطالعه ای را با هدف ارزیابی نیازهای درمانی کارکنان و افراد خانوار وابسته به یک بنگاه دولتی انجام داد. در این تحقیق بین سال های ۱۹۹۵ و ۱۹۹۶ و با انتخاب ۱۰٪ از کل کارکنان شبکه راه آهن ایران به صورت تصادفی در ۱۲ استان جهت مطالعه آنها و خانوارهایشان از نظر استفاده از خدمات بهداشتی انجام شد. جمع آوری داده ها توسط ۱۴ مصاحبه گر آموزش دیده با استفاده از پرسشنامه ساخت یافته و مصاحبه با پاسخ گویان - رئیس خانوار - انجام شد. دوره جمع آوری داده ها ۳ دوره زمانی ۴ هفته ای بود و به این ترتیب مدلی برای بهره برداری یک ساله جمعیت برای خدمات درمانی ترسیم شد. همچنین توزیع فراوانی بیماری های سرپائی و بستری و علل آنها و در ادامه متوسط بار مراجعه افراد در این مطالعه محاسبه شد. یافته های مطالعه عبارتند از: متوسط بار مراجعه به پزشک عمومی ۲/۳۳، پزشک متخصص ۱/۳۷، مراکز تشخیص طبی ۱/۲۲، دندانپزشک ۰/۱، داروخانه ۳/۲ و بیمارستان ۰/۰۵. علت عمده مراجعات سرپائی و منجر به بستری جامعه مورد مطالعه بیماری های عفونی بودند. ۴۰٪ جامعه مورد مطالعه در مواجهه با بیماری مراجعه به پزشک متخصص، ۳۴٪ مراجعه به پزشک طرف قرارداد، ۲۰٪ مراجعه به درمانگاه دولتی و ۴٪ به درمانگاه خصوصی را ترجیح می دادند. بیشترین علل ترجیح افراد نیز عبارتند از: قیمت مناسب (۴۵٪)، کیفیت خدمات (۳۹٪)، قابلیت دسترسی (۹٪) و پذیرش سروقت (۵٪). در طول یک سال گذشته ۷۴٪ جامعه مورد نظر به بیمارستان عمومی، ۲۲٪ به بیمارستان خصوصی و ۴٪ به سایر مراکز مراجعه کرده اند (۱۷).

✚ Grossman در سال ۱۹۹۹ مطالعه ای را با هدف بررسی تقاضا برای خدمات بهداشتی درمانی، ترسیم و برآورد مدلی برای تقاضا برای کالای سلامت در دانشگاه نیویورک انجام داد. از نظر این محقق وجود چنین مدلی به دو دلیل حائز اهمیت می باشد. اول اینکه سطح ناخوشی که از طریق میزان های ابتلاء و مرگ و میر سنجیده می شود بر میزان بهره وری نیروی کار به عنوان سرمایه های اقتصادی تاثیر گذار است، و دلیل دوم اینکه بیشتر مصرف کنندگان زمان تقاضا و خرید خدمات پزشکی در واقع به دنبال آن خدمات نیستند، بلکه در واقع کالای سلامتی را تقاضا می کنند. نکته قابل اشاره در این مطالعه این است که باید برای ترسیم مدل صحیحی از تقاضا برای سلامت به متغیرهایی مانند ادراکات و نگرش های افراد و ویژگی های جمعیت شناختی آنها توجه ویژه ای مبذول گردد. سطح آموزش افراد اثر مثبت و معنی داری بر منحنی تقاضا برای خدمات سلامتی دارد. قانون طلایی اقتصاد که تقاضا برای دریافت خدمت با قیمت آن رابطه معکوس دارد نیز در این مطالعه نشان داده شد. همچنین بالا رفتن سن با کاهش سلامتی و افزایش مخارج بهداشتی درمانی همراه است (۱۰).

✚ Miler در سال ۱۹۹۹ مطالعه ای با عنوان تحلیل تقاضا برای خدمات بهداشت روان در گروه های موجود در طبقات اجتماعی و نژادی متفاوت در جامعه توسط شفر میلر در دانشگاه کلمبیا انجام گرفت. در این مطالعه میزان تقاضا برای دریافت خدمات بهداشت روان در میان سیاه پوستان، اسپانیایی ها، و سفید پوستان مقیم آمریکا و همین طور میان مردان و زنان این گروه ها برآورد شد. در این مطالعه احتمال استفاده از خدمات بهداشت روان وسطح استفاده از خدمات بستری و سرپائی مورد آزمون قرار گرفت. داده های این مطالعه بین سال های ۱۹۷۹ تا ۱۹۸۱ و از میان افراد تحت پوشش بیمه بلو کراس و بلو شیلد جمع آوری شد. تمام استفاده کنندگان خدمات بهداشت روان تحت پوشش این بیمه ها از پوشش یکسانی برخوردار بودند، به این ترتیب تفاوت در تقاضا و میزان استفاده آنها با پیش زمینه های نژادی و اجتماعی، سن، حقوق،

و ویژگی های بازار در ناحیه محل سکونت آنها مانند عرضه خدمات روانپزشکی در آن منطقه ارتباط آماری معناداری را نشان داد. نتایج نشان دادند که تفاوت وسیعی میان تقاضا برای مراقبت بین گروه های مختلف اخلاقی، نژادی، و جنسی با وجود سطح پوشش بیمه ای یکسان وجود دارد (۱۸).

 Gerdtham در سال ۱۹۹۹ مطالعه ای با عنوان برآورد جدیدی از تقاضا برای سلامت در سوئد بر اساس مدل گروسمن توسط گردهام و جوهانسون انجام شد. در این مطالعه از یک نمونه ۵۰۰۰ نفره از جمعیت بزرگسال سوئد که به صورت تصادفی انتخاب شدند استفاده شد. داده های مورد نظر در فاصله زمانی سال های ۱۹۹۱ تا ۱۹۹۴ جمع آوری شدند. کل نمونه مورد مطالعه از ۵۱۷۴ نفر تشکیل شده بود که بین ۱۸ تا ۷۶ سال سن داشتند، از این تعداد ۳۱۸۴ نفر شاغل بودند. نتایج این مطالعه کاملاً با مدل نظری گروسمن تطابق دارد و نشان می دهد که تقاضا برای سلامت با افزایش درآمد و تحصیلات افزایش و با افزایش سن، در میان مردان و با توجه به شرایط زندگی کاهش می یابد (۱۹).

 Gely و Akin در سال ۲۰۰۰ مطالعه ای با هدف بررسی رابطه میان کیفیت خدمات و تقاضا برای خدمات بهداشتی درمانی در نیاگارا در دانشگاه کارولینای شمالی انجام دادند. در این مطالعه سعی شد به سه سوال مهم در زمینه سیاست گذاری بهداشت در میان نمونه ای از جمعیت استان اوگان در نیاگارا پاسخ دهد. این سه سوال عبارتند از: - آیا افزایش قیمت خدمات بهداشتی درمانی به کاهش شدید استفاده از مراقبت یا تغییر نوع مراقبت های مورد تقاضا منجر خواهد شد؟ - آیا افزایش قیمت به افزایش درآمد های خالص نظام سلامت این کشور منجر خواهد شد؟ و - آیا افزایش قیمت اثر نهایی بیشتری (به عنوان یکی از اشکال کاهش موارد استفاده از خدمات بهداشتی درمانی) بر اعضای کم درآمد تر جامعه خواهد داشت؟ داده های خانوار از نظر قیمت و کیفیت مراقبت مستقیماً از مراکز جمع آوری شد، تا از این طریق برآوردی از تقاضا برای مراقبت های بهداشتی درمانی به دست آید. به دلیل اینکه "کالای" بهداشت و درمان - مراقبت

های بهداشتی درمانی سرپائی - می توانند از نظر درجه ارائه دهندگان آن خدمات متنوع باشند، کیفیت مراقبت تحت کنترل قرار گرفت تا به این ترتیب رابطه متقابل و موثر میان قیمت و سایر متغیرها نتایج مورد نظر مطالعه را منحرف نکنند. در این مطالعه سعی شده است تا متغیرهای کیفیت ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی بررسی شود و نهایتاً از سه متغیر مشخص دیگر یعنی مخارج به ازای هر فرد در جامعه تحت پوشش، درصد دفعات فراهم بودن دارو، و مصاحبه جهت ارزشیابی وضعیت فیزیکی موسسه ارائه دهنده خدمت مورد استفاده قرار گیرد. یافته های حاصل از این مطالعه نشان می دهند که در قیمت های بالاتر در هر موسسه ای موارد مصرف جامعه تحت پوشش با کاهش همراه بوده است، و موارد مصرف هر گونه خدمات بهداشتی درمانی با افزایش کیفیت مراقبت بیشتر شده است. همچنین نتایج این مطالعه نشان بر این مهم دلالت می کنند که بین قیمت خدمات و گروه های درآمدی متفاوت تفاوتی وجود ندارد (۲۰).

✚ صفری و همکاران در سال ۱۳۸۴ مطالعه ای به منظور تعیین علل مراجعه به درمانگاه زنان کلینیک شهید مفتاح یاسوج انجام دادند. این پژوهش مطالعه ای توصیفی بود که در پاییز و زمستان ۱۳۸۴ با تعداد نمونه ۴۳۱ نفر به روش نمونه گیری آسان انجام گردید. از طریق مصاحبه با زنان مراجعه کننده به درمانگاه زنان پرسشنامه حاوی سؤالاتی در باره برخی ویژگی های جمعیتی و رفتار باروری و شکایات مربوط به بیماریهای زنان تکمیل شد و در صورت لزوم توسط پزشک متخصص، معاینه لگنی به عمل آمد. تشخیص بالینی و روش های تشخیصی پاراکلینیکی و درمانی در برگه مشاهده ثبت شد. یافته های حاصل از این مطالعه نشان می دهند که: میانگین سنی واحدهای پژوهش 30 ± 10 / ۶ با حداقل سن ۹ سال و حداکثر ۶۸ سال بود. ۲۴۲ نفر (۵۶/۱٪) نمونه ها شهری و ۱۸۹ نفر (۴۳/۹٪) روستایی، ۴۵ نفر (۱۰/۴٪) مجرد و ۳۸۶ نفر (۸۹/۶٪) متاهل بودند. میانگین تعداد بارداری 2 ± 1 / ۳ و حداکثر ۱۴ بارداری بود. ۷۱ نفر (۱۶/۵٪) نمونه سابقه سقط داشتند. ۱۴۰ نفر (۳۶/۲٪) از متاهلین از روش های جلوگیری از بارداری استفاده می کردند که بیشترین

میزان یعنی ۴۴ نفر (۱۱/۳٪) مربوط به قرص بود. بیشترین علت مراجعه ۱۴۰ نفر (۳۲/۵٪) مربوط به بارداری و مشکلات آن بود. بیشترین روش تشخیصی پاراکلینیکی در خواست شده توسط پزشک سونوگرافی با فراوانی ۱۲۸ نفر (۲۹/۶٪) و بیشترین داروی تجویز شده مترونیدازول خوراکی ۴۵ نفر (۱۰/۵٪) بود (۲۱).

✚ محمودی فر در سال ۱۳۸۴ مطالعه ای با هدف بررسی نقش بیمارستان شهید دکتر قلی پور بوکان در رفع نیازهای درمانی منطقه به منظور تعیین نیازهای درمانی منطقه و آگاهی بیشتر مسؤولین و مدیران از نیازهای واقعی جامعه تحت پوشش و در نتیجه برنامه ریزی صحیح جهت رفع نیازهای درمانی منطقه انجام داد. این تحقیق از نوع توصیفی - مقطعی است. در این پژوهش ۲۴۰ نفر از افراد واجد شرایط به صورت تصادفی انتخاب و در پژوهش شرکت کردند. پس از بررسی داده های حاصل از مطالعه، این نتایج به دست آمد: ۷۲٪ افراد در جمعیت شهری از مطب استفاده کرده اند، در حالی که ۹۵٪ جمعیت روستائی جهت رفع نیازهای درمانی خود از بیمارستان بوکان استفاده کرده بودند (۲۲).

✚ هلاکوئی نائینی و اردلان در سال ۱۳۸۴ تحقیقی را به منظور مطالعه مبتنی بر جمعیت و بررسی نیازها و وضعیت سلامتی جهت تعیین نیازها و شرایط سلامتی جمعیت آسیب دیده، حدود ۲۰ روز پس از واقعه زلزله بم انجام دادند. این مطالعه مقطعی بوده که ۶۰ خوشه شامل ۴۲۰ خانوار، در قالب خوشه های ۷ خانواری، براساس نمونه گیری خوشه ای مبتنی بر موقعیت جغرافیایی بررسی شدند. یافته های این مطالعه نشان می دهند که پنجاه و پنج خانوار (۱۳،۱٪) دارای کودک زیر ۲ سال، ۸۱ خانوار (۱۹،۳٪) دارای کودک ۲-۵ سال، ۶۸ خانوار (۱۶،۲٪) دارای فرد بالای ۶۰ سال بودند. سی و هفت خانوار منطقه زندگی خود را تغییر داده بودند که مهمترین عامل شرایط نامناسب بهداشت محیط (۸۵٪) بود. مهمترین منبع اطلاع مردم از پیامهای بهداشتی و امداد رسانی ارتباطات فردی ۲۸۴ (۶۷،۶٪) بود. شایعترین نیازها از دیدگاه مردم در زمان

مطالعه، حمام (۷۸,۷٪)، غذا (۷۵,۰٪) و لباس گرم (۷۳,۸٪) بودند. شایعترین بیماری عفونت تنفسی بود (۶۵,۲٪). دویست خانوار (۵۲,۶٪) با مشکلاتی برای دسترسی به خدمات بهداشتی-درمانی مواجه بودند و مهمترین مانع دسترسی نبود وسیله نقلیه و دور بودن مسافت بود (۴۰,۶٪) (۲۳).

❖ فیاض منفرد و همکاران در سال ۱۳۸۵ مطالعه ای را به منظور ارزیابی فراوانی نیاز و تقاضا به درمان ارتودنسی در دانش آموزان مقطع راهنمایی شهر کرمان در سال تحصیلی ۸۵-۱۳۸۴ انجام دادند. این مطالعه به صورت مقطعی و بر روی ۷۵۰ نفر (۴۲۰ دختر و ۳۳۰ پسر) از دانش آموزان مدارس راهنمایی دولتی و غیر دولتی در مناطق مختلف شهر کرمان انجام شد. نیاز به درمان از طریق معاینه وضعیت اکلوزن دانش آموزان و یا بهره گیری از شاخص IOTN (Index of Treatment Need) و تقاضا برای درمان با یک پرسش نامه بسته که حاوی اطلاعاتی پیرامون دلایل تقاضا برای درمان ارتودنسی بود، مورد بررسی قرار گرفت. یافته های این مطالعه فراوانی کلی ناهنجاری دندانی را ۵۵/۵۰٪ برآورد کرد که در دختران به طور قابل ملاحظه ای بیشتر از پسران بود. ۴۱/۵۳٪ از افراد نیازمند به درمان، متقاضی انجام آن بودند. بیشترین تقاضا در افراد دارای اوربایت شدید دیده شد. تقاضا در سطوح اقتصادی بالاتر به طور قابل ملاحظه ای بیشتر بود. تحصیلات والدین بر تقاضا برای درمان ارتودنسی تاثیر چشم گیری نداشت. محقق در پایان چنین نتیجه گیری کرد که دانش آموزان مبتلا به ناهنجاری دندانی-فکی صرف نظر از سطح تحصیلی والدین، خواهان انجام درمان ارتودنسی بودند، لیکن محدودیت های اقتصادی یک بازدارنده مهم و مانع پیگیری درمان از سوی ایشان گردیده بود (۲۴).

❖ مفتون و کاظم در سال ۱۳۸۵ مطالعه ای را به منظور بررسی بار تقاضا برای دریافت خدمات درمانی در شهر تهران انجام دادند. این پژوهش از نوع توصیفی مقطعی بود. نمونه گیری به صورت تصارفی و جند

مرحله ای به ترتیب نمونه گیری خوشه ای و در مناطق پنج گانه شهر تهران (شمال، جنوب، مرکز، غرب و شرق) صورت پذیرفت. داده های مورد نظر شامل اطلاعات دموگرافیک، شکایات جسمی و روانی افراد و مراجعه و یا عدم مراجعه آنان جهت دریافت خدمات درمانی بود که توسط پرسشنامه جمع آوری شد. ۵۹۷۳ نفر مورد مطالعه قرار گرفتند که ۱۴۱۶ خانوار را شامل می شدند. یافته های حاصل از این مطالعه نشان می دهند که هر ۱۰۰ نفر در شهر تهران ۱۲۲ مورد تقاضا برای دریافت خدمات درمانی داشته اند که ۱۰۲ موردشان جهت دریافت خدمات مراجعه داشته اند و در واقع ۲۰ مورد از این ۱۲۲ مورد اقدامی در جهت دریافت مربوط نکرده اند. همچنین یافته ها نشان داد که از نظر آماری تفاوت معناداری در فراوانی تقاضا در گروه های مختلف سنی و جنسی وجود دارد. تفاوت فراوانی تقاضا، میزان مراجعه و میزان دسترسی در مناطق مختلف شهر تهران نیز از نظر آماری معنی دار بود. در بررسی انجام شده بعد از آنفولانزا و سرماخوردگی، بیماری های قلبی و عروقی، موسکلواسکلتال و اعصاب و روان بیشترین فراوانی تقاضا را داشتند (۶).

📊 جباری بیرامی و نشیان در سال ۱۳۸۶ تحقیقی را با هدف تعیین میزان تقاضا برای خدمات قابل ارائه توسط پزشکان در استان اردبیل انجام دادند. این پژوهش به صورت یک بررسی مقطعی چند مرحله ای در استان اردبیل انجام گرفت. جامعه مورد مطالعه در آن کلیه خانوارهای ساکن در نقاط شهری و روستائی استان اردبیل بود و سرپرست خانوار به عنوان پاسخگوی سؤالات پرسشنامه انتخاب شد. حجم نمونه مورد مطالعه ۲۶۰۰ نفر در هر مرحله بود که از ۲۵ خوشه شهری ۲۵۰ خوشه روستائی ۱۰ خانواری تامین گردید. داده های جمع آوری شده بوسیله پرسشنامه کشوری وارد کامپیوتر شده و با نرم افزار SPSS مورد تحلیل قرار گرفت. نتایج حاصل از این مطالعه به این ترتیب می باشد: میزان احساس نیاز به مراجعه پزشک در جامعه شهری در ۴ فصل سال به ترتیب برابر ۱۹/۱۹٪ و ۶۴/۶٪ و ۱۱/۰۹ درصد بود. این میزان برای جامعه روستائی به ترتیب برابر ۲۳/۹۶٪ و ۲۰/۲۳٪ و ۳۰/۳٪ و ۲۳/۶٪ بود. میزان تقاضای برآورد نشده

افراد شهری به ترتیب برابر ۵/۳۵٪ و ۳/۵۱٪ و ۲/۰۳٪ و ۴/۲۹ درصد بود این میزان برای جامعه روستائی به ترتیب برابر ۱۱/۶۴٪ و ۹/۲۹٪ و ۱۷/۵۸٪ و ۹/۸۷٪ بود (۲۵).


❖ قادری و همکاران در سال ۱۳۸۷ مطالعه ای را به منظور برآورد تابع تقاضا برای خدمات دندان پزشکی در خانوارهای سبزوار انجام داد. این مطالعه از نوع کاربردی، توصیفی و تحلیلی بود. و جامعه پژوهش انرا نیز خانوارهای شهر سبزوار تشکیل می دادند. مراکز بهداشتی درمانی سبزوار نیز به عنوان محیط پژوهش انتخاب شدند ابزار گردآوری داده ها دو پرسشنامه بود: یک پرسشنامه بودجه خانوار از مرکز آمار ایران، و پرسشنامه خود ساخته شامل سه بخش: مشخصات دموگرافیک، سنجه های اقتصادی خانوار و اطلاعات دندان پزشکی. میان پوشش بیمه ای و احتمال تقاضای خدمات دهان و دندان رابطه آماری وجود ندارد. همچنین وجود اختلاف آماری معنادار بین میانگین تعداد افراد خانوار در دو گروه مراجعه کننده و غیر مراجعه کننده دیده شد. رابطه آماری معنادار و معکوسی نیز میان احتمال تقاضای خدمات دهان و دندان و سن سرپرست خانوار دیده شد. یافته دیگر این بود که جنس سرپرست خانوار بر تصمیم گیری برای مراجعه به دندان پزشک تاثیر گذار نبوده است. در نهایت محقق چنین نتیجه گیری می کند که سه متغیر تحصیلات، شغل و درآمد سه عامل تعیین کننده در تقاضا برای خدمات دندان پزشکی بودند. به این ترتیب که هر چه میزان تحصیلات بیشتر شود، تقاضا برای خدمات دهان و دندان کمتر می شود. همچنین تقاضای گروه بازنشسته و سایر کارکنان از تقاضای کارکنان دولت به مراتب بیشتر است. و در نهایت اینکه با افزایش درآمد خانوار، میزان تقاضا برای استفاده از خدمات دندان پزشکی بیشتر می شود (۲۶).


❖ عبادی فردآذر و همکاران در سال ۱۳۹۰ بهره مندی از خدمات سلامت در استان اصفهان را مورد بررسی قرار دادند. در این مطالعه برای نمونه گیری از روش نمونه گیری تصادفی سهمیه ای در ۳ بلوک

بهداشتی هر کدام به تعداد ۱۳۰ خانوار استفاده شد. توصیف و تحلیل داده ها با بهره گیری از روش های آماری و به کمک نرم افزار SPSS12 صورت گرفت. بین ویژگی های جمعیتی جامعه مورد مطالعه (سن پدر خانوار، سن مادر خانوار، شغل پدر و مادر خانوار، میزان تحصیلات پدر و مادر خانوار، تعداد فرزندان، درآمد کل خانوار، نوع بیمه تحت پوشش خانوار و منطقه محل سکونت خانوار) و بهره مندی از خدمات درمانی سرپائی رابطه آماری معناداری وجود داشت. همچنین بین ویژگی های جمعیتی فوق و تقاضا برای خدمات تشخیصی و بستری و خرید دارو نیز رابطه آماری معناداری مشاهده شد. متوسط بار مراجعه به پزشک عمومی ۱/۰۸، پزشک متخصص ۱/۴۴، دندانپزشکی ۰/۶، خرید دارو ۲/۵۲، خدمات تشخیصی ۱/۳۲، و بستری ۰/۴۴ محاسبه شد. هزینه متوسط برای دریافت خدمات درمانی در شهر نائین ۳۶۶۲۹۶ ریال و برای خدمات درمانی شهر های دیگر ۴۵۴۵۸۵ ریال محاسبه گردید. با عنایت به وجود نارضایتی جامعه مورد مطالعه در ارتباط با خدمات بستری موجود در شهر نائین و متعاقبا تمایل به مراجعه به شهرهای دیگر در راستای دریافت خدمات و اثرگذاری منفی آن بر تقاضا و همچنین شاخص های کارائی مراکز درمانی نائین از یک طرف و تحمیل هزینه های گزاف و صرف زمان های زیاد برای دریافت خدمات در شهرهای دیگر، سیاست گذاران بهداشتی درمانی باید توجه بیشتری را به کیفیت خدمات ارائه شده توسط مراکز درمانی موجود در شهر نائین، انجام مطالعات مورد نیاز در زمینه مداخلات پیشگیری در سطح یک و دو و متناسب با شایع ترین بیماری ها و نیازهای متفاوت گروه های سنی مختلف در جامعه، سازماندهی گروه های مختلف بازار هدف، تغییرات محیطی، برنامه ریزی نظام مند، نحوه آموزش جامعه و ارائه خدمات مطلوب در گروه های بیماری که بیشترین بار بهره مندی را ایجاد می کنند و کاهش احساس عدم اطمینان موجود نسبت به مراکز درمانی سرپائی، تشخیصی و بستری موجود در شهر نائین مبذول نمایند (۲۷).

 Kersnik در سال ۲۰۰۸ مطالعه ای با هدف تعیین میزان اقدام به خود درمانی و علل اقدام به آن در جامعه دانشجویی اسلونی انجام داد. این مطالعه یک مطالعه مقطعی بود و در آن از یک پرسشنامه تحت وب استفاده شده بود. میانگین سنی ۱۲۹۴ دانشجوی مورد مطالعه ۲۲,۴ بود و از ٪۲۳,۴ دانشجویان پسر و ٪۷۶,۶ دانشجویان دختر تشکیل شده بود. همچنین درصد فراوانی دانشجویان در رشته های مختلف و سال های مختلف ورود آنها به دانشگاه نیز محاسبه شدند. ٪۵۸/۳ دانشجویان معتقد بودند خود درمانی یک گزینه انتخابی برای درمان برخی از بیماری ها است، اما ٪۲۵/۷ نیز معتقد بودند خود درمانی را می توان برای تمام بیماری ها برگزید، و تنها در صورت عدم بهبود شرایط بیماری مراجعه به پزشک را به عنوان دومین راه انتخاب کرد، ٪۱۳/۴ بر این باور بودند که این اقدام حق طبیعی آنهاست، به شرطی که توسط یک پزشک یا داروساز به آنها توصیه شده باشد؛ و در نهایت ٪۲/۶ دانشجویان نیز اقدام به خوددرمانی را به هیچ وجه حق خود نمی دانستند و تحت هر شرایطی مراجعه به پزشک را ترجیح می دادند. از میان ۱۲۹۴ دانشجوی مورد مطالعه، ۱۱۹۵ دانشجو در سال گذشته به خود درمانی اقدام کرده بودند. به طور میانگین ۵/۷۶ دانشجویان علت اقدام به خوددرمانی را خفیف بودن بیماری خود و غیر ضروری دانستن مراجعه به پزشک عنوان کردند، ۴/۳۱ نفر آنها نشانه های بیماری خود را با پزشک در میان گذاشته و از خفیف بودن آن اطمینان حاصل کرده بودند، ۳/۷۶ نفر آنها از طریق دوستان و آشنایان خود به خفیف بودن بیماری خود پی برده بودند، ۲/۴۰ نفر آنها علت اقدام به خوددرمانی را عدم موفقیت پزشک خود در درمان بیماری قبلی عنوان کردند و ۱/۸۴ نفر آنها نیز به پزشک معالج خود اطمینان نداشتند. ۱۰ بیماری شایع که دانشجویان در مقابل آنها به خود درمانی روی آورده بودند عبارت بودند از: ٪۹۱ سردرد، ٪۸۷ خستگی و ضعف بدنی، ٪۸۱ بیماری های گوارشی (اسهال و استفراغ)، ٪۷۷ سرماخوردگی و آنفولانزا و ٪۷۵ دردهای عضلانی. نتیجه این مطالعه این بود که خوددرمانی در جامعه دانشجویی امری شایع است. نوشیدنی های گیاهی، ویتامین های مختلف و مصرف آب معدنی، داروهای غیر تجویزی بدون مشورت با پزشک متداول ترین روش های خوددرمانی در این گروه بودند.

و در نهایت اینکه با وجود آگاهی نسبتاً خوبی که دانشجویان از خود درمانی برخوردار بودند اما حقیقت این بود که بیش از ۲۵٪ آنها نسبت به تمام نشانه های بیماری اقدام به خوددرمانی را به عنوان اولویت نخست انتخاب می کنند (۲۸).

 Ather و همکاران در سال ۲۰۰۹ تقاضا برای مراقبت های بهداشت عمومی را در پاکستان مورد ارزیابی قرار دادند. برای این منظور، متغیرهای توصیفی شامل تعداد سرانه بیمارستان های دولتی، هزینه پزشکان در هر ویزیت در یک کلینیک خصوصی، درآمد سرانه، میانگین قیمت دارو و تعداد ویزیت سرپایی مورد ارزیابی قرار گرفت. تمام متغیرهای مورد بررسی در میزان تقاضا برای مراقبت های بهداشتی در حداقل یک استان معنی دار بود ولی میزان سطح معنی داری و میزان اثر مثبت یا منفی آن با همدیگر متفاوت بودند. این تغییرات ممکن است به عوامل فرهنگی، اجتماعی و مذهبی بستگی داشته باشد که در سراسر استان متفاوت بود. تغییرات در کیفیت مراقبت های بهداشتی ارائه شده در بیمارستان های عمومی ممکن است به عنوان یک فاکتور باشد (۲۹).

 DeLurgio و همکاران در سال ۲۰۰۹ مطالعه ای را با هدف پیش بینی تقاضای سرپایی هفتگی در درمانگاه های یک مرکز پزشکی بزرگ انجام دادند. در این تحقیق توسعه یک سیستم برنامه ریزی و پیش بینی مورد بررسی قرار گرفت که ویزیت های سرپایی (OPVs) برای ۲۳ کلینیک عمومی و تخصصی در یک مرکز پزشکی بزرگ در روچستر ایالت مینه سوتا پیش بینی نماید. در تعیین مدل پیش بینی، از آمار تک متغیره، چند متغیره، و روش های ترکیبی برای پیش بینی افق ۱۲ هفته ای ویزیت سرپایی استفاده شد. ترکیب روش های آماری تک متغیره و چند متغیره موثر ترین روش برای پیش بینی ویزیت سرپایی بود. روش های تک متغیره، چند متغیره، و روش های ترکیبی با حداقل مربع خطاهای پیش بینی (RMSEs)

برای کلینک‌ها به ترتیب ۲۶/۱، ۳۰/۴ و ۴۳/۵ درصد بود. علاوه بر این، زمانی که قدر مطلق درصد خطای متقارن متوسط (SMdAPE) برای ارزیابی مدل استفاده می شود، روش ترکیبی، روش تک متغیره و روش چند متغیره پیش بینی عملکرد با میانه به ترتیب ۶/۸، ۷/۱ و ۷/۹ درصد تاییدی بر اثر بخشی روش ترکیبی بود (۳۰).

🌈 Kazi و Noman در سال ۲۰۱۳ مطالعه‌ای را با هدف برآورد عوامل موثر بر تقاضا برای مراقبت های بهداشتی در بنگلادش را مورد بررسی قرار داد. در این تحقیق برای شناسایی عوامل موثر بر تقاضا برای مراقبت های بهداشتی از مدل رگرسیون لجستیک باینری استفاده شد. نتایج نشان داد که ضریب برآورد متغیر قیمت بر تقاضا برای مراقبت های بهداشتی اثر منفی معنی داری داشت. سطح تحصیلات و درآمد اثر مثبت در تقاضا برای مراقبت های بهداشتی داشت. علاوه بر این، رابطه بین زمان انتظار و تقاضا برای سلامت معنی دار و مثبت بود. بنابراین، می توان گفت که به نظر نمی رسد که زمان انتظار به عنوان مانع جدی برای استفاده از مراقبت های بهداشتی باشد. متغیر کیفیت مراقبت معنی دار بود (۳۱).

🌈 خاکی و همکاران در سال ۱۳۹۴ مطالعه ای با هدف تعیین کیفیت خدمات ارائه شده در درمانگاههای سرپایی بیمارستانهای آموزشی شیراز و به صورت مقطعی انجام دادند. جامعه آماری شامل بیماران سرپایی مراجعه کننده به درمانگاههای بیمارستانهای آموزشی شهر شیراز بوده و ۴۰۰ بیمار سرپایی از بین بیماران مراجعه کننده به مراکز فوق انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه مشخصات فردی و پرسشنامه استاندارد سروکوال بود. داده ها توسط نرم افزار SPSS توسط شاخصهای آمار مرکزی و نیز آزمونهای T مستقل و ANOVA در سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ تحلیل شد. نتایج نشان داد در تمام ابعاد کیفیت خدمات ارائه شده شکاف منفی وجود داشته و اختلاف معنی داری بین ادراکات و انتظارات بیماران

در خصوص ابعاد پنجگانه کیفیت خدمات بدست آمد. در این مطالعه شکاف کیفیت به ترتیب در ابعاد همدلی (۰/۹۸-)، پاسخگویی (۰/۷۳-)، اطمینان (۰/۷۹-)، تضمین (۰/۷۳-) و ملموسات (۰/۵۸-) بدست آمد. شکاف منفی حاصله در ابعاد کیفیت بیانگر این موضوع است که انتظارات بیماران بیشتر از ادراکات آنها از وضعیت موجود بوده و جهت رسیدن به رضایتمندی کامل فاصله وجود دارد. لذا میتوان این فاصله را با مدیریت صحیح، برنامه ریزی و آموزش مناسب بر طرف نمود (۳۲).

فصل سوم

روش کار

۳-۱) نوع مطالعه

این مطالعه از نوع مقطعی (توصیفی- تحلیلی) آینده نگر بود.

۳-۲) ابزار گردآوری اطلاعات

در این تحقیق از ابزار مصاحبه-مشاهده - پرسشنامه- بررسی اسناد و مدارک موجود به منظور جمع آوری اطلاعات استفاده شد. مهمترین ابزارهایی که با استفاده از آن ها گردآوری اطلاعات صورت می پذیرد عبارتند از: مشاهده، پرسشنامه، مصاحبه و کتابخانه (اسناد و مدارک).

۳-۲-۱) مشاهده

مشاهده یکی از اساسی ترین ابزارهای تحقیق است. به طور اساسی هر علمی با مشاهده و ملاحظه شروع می شود.

۳-۲-۲) مصاحبه

روشی است که اطلاعات مورد نیاز تحقیق از طریق مستقیم بین پرسشگر یا محقق با پاسخگو گردآوری می شود. در واقع مصاحبه یک مکالمه دو طرفه است که با طرح سوال مصاحبه گر به منظور کسب اطلاعات مربوط به تحقیق آغاز می شود. در این تحقیق بعضی از قسمت های پرسشنامه بر اساس مصاحبه با مراجعین تکمیل گردید.

۳-۲-۳) پرسشنامه

یکی از متداول ترین روش برای جمع آوری داده های مورد نیاز محسوب می گردد. در تهیه و تنظیم پرسشنامه، محقق از طریق طرح تعدادی سوال، اطلاعات لازم را از گروه پاسخگو دریافت می دارد. در تحقیق حاضر مهمترین ابزار گردآوری اطلاعات از مراجعین به درمانگاه، پرسشنامه بود. پرسشنامه دارای سه قسمت اصلی بود. قسمت اول شامل خصوصیات جمعیت شناختی مراجعین مانند جنس، سن، میزان تحصیلات، میزان درآمد، نوع بیمه پشتیبان و شغل بود. قسمت دوم در مورد سوابق پزشکی، تعداد مراجعه به درمانگاه و علت مراجعه به تعداد ۱۱ سؤال بود. قسمت سوم پرسشنامه نیز در مورد نظر سنجی خدمات پزشکی مورد نیاز در آینده بود.

قابلیت روایی^۱ و پایایی^۲:

روایی تحقیق با بهره گیری از نظرات تعداد ۸ نفر از نخبگان و تأیید اساتید راهنما و مشاور انجام شد. پایایی یکی از ویژگی های فنی ابزار اندازه گیری است. از جمله تعریف هایی که برای پایایی ارایه شده است می توان به تعریف زیر اشاره نمود: «همبستگی میان یک مجموعه از نمرات و مجموعه دیگری از نمرات در یک آزمون معادل که به صورت مستقل بر یک گروه آزمودنی به دست آمده است». با توجه به این امر دامنه ضریب پایایی بین صفر (عدم ارتباط) تا ۱+ (ارتباط کامل) متغیر می باشد. پایایی نشانگر آن است که تا چه اندازه ابزار اندازه گیری ویژگی های با ثبات آزمودنی و یا ویژگی های متغیر و موقتی وی را می سنجد. برای محاسبه ضریب پایایی پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ^۳ استفاده شد. این روش برای محاسبه همابستگی درونی ابزار اندازه گیری از جمله پرسشنامه ها یا آزمون هایی که خصیصه های مختلف را اندازه گیری می کند بکار می رود. در اینگونه ابزار پاسخ هر سؤال می تواند مقادیر عددی مختلف را اختیار کند. برای محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ابتدا بایستی واریانس نمره های هر زیر مجموعه سؤال های پرسشنامه (یا زیر آزمون) و واریانس کل را محاسبه کرد. سپس با استفاده از فرمول مربوطه مقدار ضریب آلفا (α) را محاسبه نمود. در این تحقیق پایایی پرسشنامه، با استفاده از نرم افزار SPSS آلفای کرونباخ برابر ۰/۷۵۵ محاسبه گردید که بیانگر پایایی بالای آن بود.

۳-۲-۴) استفاده از اسناد و مدارک

استفاده از اسناد و مدارک از شیوه هایی است که در کنار سایر ابزارها (مانند مشاهده، مصاحبه و پرسشنامه) برای جمع آوری اطلاعات مورد نیاز تحقیق به کار می رود. اساساً آغاز تحقیق نیز با بررسی اسناد، مدارک، کتاب ها و

^۱. Validity

^۲. Reliability

^۳. Alpha Cronbach

فیش برداری از آنها صورت می پذیرد. در تحقیق حاضر به منظور جمع آوری منابع علمی از اسناد و مدارک معتبر داخلی و خارجی استفاده شد.

۳-۳) جامعه و نمونه آماری

جامعه آماری در این پژوهش شامل کلیه مراجعان مراکز درمانی سازمان تأمین اجتماعی استان قزوین به منظور اخذ خدمات درمانی سرپایی بود.

حجم نمونه: در این پژوهش از جدول مورگان برای تخمین تعداد نمونه استفاده شد. برابر نتایج آمارگیری از مراکز درمانی سازمان تأمین اجتماعی استان قزوین به منظور اخذ خدمات درمانی سرپایی در سال ۱۳۹۴ و با در نظر گرفتن حداکثر نمونه، تعداد ۳۸۴ نفر مورد ارزیابی قرار گرفتند.

روش نمونه گیری: نمونه گیری یعنی انتخاب تعدادی از افراد، حوادث و اشیاء از یک جامعه تعریف شده به عنوان نماینده آن جامعه. در این پژوهش روش نمونه گیری بصورت تصادفی بود که از میان مراجعین به تصادف افراد انتخاب و مورد پرسش قرار گرفته و پرسشنامه را تکمیل نمودند.

۳-۴) روش اجرای تحقیق

برای اجرای تحقیق، محقق به صورت حضوری در مراکز درمانی سازمان تأمین اجتماعی استان قزوین حاضر شده سپس به صورت تصادفی افراد مراجعه کننده به این مراکز را انتخاب نموده و پس از توضیح کوتاهی در مورد اهداف تحقیق، پرسشنامه به آنها تحویل داده شد تا نسبت به تکمیل آن اقدام نمایند. افراد باسواد به تنهایی اقدام به تکمیل پرسشنامه نموده ولی در صورت مواجه شدن با افراد بیسواد و یا کم سواد، پرسشنامه به صورت مصاحبه توسط محقق تکمیل گردید. در مواقعی که افراد نمونه نیاز به توضیحی در مورد پرسشنامه

داشتند، توسط محقق طوری پاسخ ارائه گردید که باعث تغییر رأی افراد نمونه نگردید. پس از تکمیل پرسشنامه-ها، آنها را جمع آوری نموده تا اطلاعات بدست آمده وارد رایانه گردد.

۳-۵) روش تجزیه و تحلیل داده ها

در تجزیه و تحلیل توصیفی پژوهشگر ابتدا داده های جمع آوری شده را با تهیه و توزیع جدول فراوانی خلاصه می کند و سپس به کمک نمودار آن ها را نمایش می دهد و سرانجام، با استفاده از سایر شاخص های آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار، فراوانی ها، نمودار آماری) آن ها را خلاصه می کند. در این بخش با استفاده از جداول توزیع فراوانی و اطلاعات مربوط به جداول آن نظیر میانگین، فراوانی، درصد فراوانی، نمودار آماری و انحراف معیار اطلاعات پرسشنامه و سایر اطلاعات مربوط به گویه ها تجزیه و تحلیل گردید. از آزمون مربع کای برای تعیین رابطه بین متغیرهای مستقل و وابسته استفاده شد. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS21 و آزمون های آماری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

۳-۶) ملاحظات اخلاقی

کلیه اطلاعات شخصی افراد نمونه به صورت محرمانه حفظ شده و فقط نتایج حاصل از تحقیق در اختیار دانشگاه علوم پزشکی قزوین قرار گرفت.

۷-۳) جدول متغیرها

عنوان متغیر	مستقل	وابسته	کمی		کیفی		تعریف علمی	مقیاس
			پیوسته	گسسته	اسمی	رتبه ای		
جنس	*				*			مرد، زن
سن	*			*				سال
تحصیلات	*					*		مدرک تحصیلی
شغل	*				*			آزاد، دولتی، بخش خصوصی، بیکار
درآمد	*			*				ریال
نوع بیمه	*				*			
علل مراجعه	*				*			
تقاضای خدمات جدید		*			*			

فصل چهارم

یافته ها

۴-۱) یافته های توصیفی

در تحقیق حاضر تعداد ۳۸۴ نفر از مراجعه کنندگان به مراکز درمانی سازمان تأمین اجتماعی قزوین در سال ۱۳۹۴ مورد بررسی قرار گرفتند.

۴۵/۶ درصد مراجعین مرد و ۵۴/۴ درصد زن بودند که ۱۲ درصد مجرد و ۸۸ درصد متأهل بودند.

میانگین سنی مراجعه کنندگان $38/4 \pm 12/4$ سال بود که بیشترین فراوانی مربوط به گروه سنی ۳۰-۳۹

سال با فراوانی ۳۸ درصد بود (جدول ۱).

جدول ۴-۱: توزیع فراوانی گروه سنی افراد مورد بررسی

گروه سنی	فراوانی	درصد
زیر ۲۰ سال	۱۵	۳/۸
۲۰-۲۹	۷۴	۱۹/۳
۳۰-۳۹	۱۴۶	۳۸
۴۰-۴۹	۷۲	۱۸/۸
۵۰-۵۹	۵۱	۱۳/۳
۶۰ سال و بالاتر	۲۶	۶/۸

۴۳/۵ درصد افراد مورد بررسی دارای مدرک تحصیلی زیر دیپلم بودند. ۴۵/۶ درصد دیپلم و فوق دیپلم و

۱۰/۴ درصد لیسانس بودند. ۰/۵ درصد افراد دارای مدرک تحصیلی فوق لیسانس و بالاتر بودند (جدول ۲).

جدول ۲-۴: توزیع فراوانی سطح تحصیلات افراد مورد بررسی

سطح تحصیلات	فراوانی	درصد
زیر دیپلم	۱۶۷	۴۳/۵
دیپلم و فوق دیپلم	۱۷۵	۴۵/۶
لیسانس	۴۰	۱۰/۴
فوق لیسانس و بالاتر	۲	۰/۵
جمع	۳۸۴	۱۰۰

۳۹/۸ درصد مراجعین شغل آزاد داشتند. ۹/۹ درصد مراجعین کارمند دولت و ۱۱/۲ درصد نیز کارمند بخش

خصوصی بودند. ۳۹/۱ درصد مراجعین بیکار بودند (جدول ۳-۴).

جدول ۳-۴: توزیع فراوانی شغل افراد مورد بررسی

شغل	فراوانی	درصد
آزاد	۱۵۳	۳۹/۸
کارمند دولت	۳۸	۹/۹
کارمند بخش خصوصی	۴۳	۱۱/۲
بیکار	۱۵۰	۳۹/۱
جمع	۳۸۴	۱۰۰

۲۸/۶ درصد مراجعین درآمد کمتر از نیم میلیون تومان داشتند. ۳۵/۴ درصد مراجعین درآمد نیم تا یک میلیون تومان و ۳۲/۴ درصد نیز درآمد یک تا یک و نیم میلیون تومان داشتند. ۳/۶ درصد مراجعین بیش از یک و نیم میلیون تومان بودند (جدول ۴-۴).

جدول ۴-۴: توزیع فراوانی درآمد مراجعین مورد بررسی

درآمد	فراوانی	درصد
کمتر از نیم میلیون تومان	۱۱۰	۲۸/۶
نیم تا یک میلیون تومان	۱۳۶	۳۵/۴
یک تا یک و نیم میلیون تومان	۱۲۴	۳۲/۴
بیش از یک و نیم میلیون تومان	۱۴	۳/۶
جمع	۳۸۴	۱۰۰

۹۵/۶ درصد مراجعین دارای بیمه تأمین اجتماعی بودند. بیمه خدمات درمانی و نیروهای مسلح به ترتیب ۲/۳ و ۰/۵ درصد بودند. فراوانی مراجعین فاقد بیمه نیز ۱/۶ درصد بودند (جدول ۴-۵). ۴۶/۱ درصد افراد دارای بیمه تکمیلی و بقیه فاقد بیمه تکمیلی بودند.

جدول ۴-۵: توزیع فراوانی نوع بیمه مراجعین مورد بررسی

نوع بیمه	فراوانی	درصد
تأمین اجتماعی	۳۶۷	۹۵/۶
خدمات درمانی	۹	۲/۳
نیروهای مسلح	۲	۰/۵
فاقد بیمه	۶	۱/۶
جمع	۳۸۴	۱۰۰

۳۵/۲ درصد مراجعین دارای سوابق پزشکی بودند.

۴/۲ درصد افراد سیگاری بودند.

۳۱ درصد مراجعین دارای سابقه مصرف دارو داشتند که داروی مربوط به بیماری‌های دیابت، فشار خون،

معهده و اعصاب به ترتیب با فراوانی ۵/۲، ۳/۱، ۲/۶ و ۲/۶ درصد بیشترین فراوانی مصرف دارو را داشتند.

میانگین تعداد مراجعات به مراکز درمانی سازمان تأمین اجتماعی استان قزوین $2 \pm 1/3$ بار بود. ۵۰/۳ درصد

افراد برای اولین بار بود که مراجعه کرده بودند. مراجعه برای دومین بار و سومین بار به ترتیب ۲۶/۶ و ۱۸/۵

درصد بود. حداکثر بار مراجعه ۱۰ بار با فراوانی ۱ درصد بود (جدول ۴-۶).

جدول ۴-۶: توزیع فراوانی تعدد مراجعات مراجعین مورد بررسی

درصد	فراوانی	بارمراجعه
۵۰/۳	۱۹۳	۱
۲۶/۶	۱۰۲	۲
۱۸/۵	۷۱	۳
۱/۸	۷	۴
۰/۵	۲	۵
۱/۳	۵	۶
۱	۴	۱۰
۱۰۰	۳۸۴	جمع

بیشترین فراوانی علت مراجعه قبلی مراجعین، سرماخوردگی (۱۲/۵ درصد)، دریافت دارو (۶/۳ درصد)،

دندانپزشکی (۴/۴ درصد) و دیابت (۳/۹ درصد) بود (جدول ۴-۷).

جدول ۴-۷: توزیع فراوانی علت مراجعت قبلی

درصد	فراوانی	علت مراجعه قبلی
۵۰/۳	۱۹۳	-
۱/۶	۶	آزمایش
۲/۶	۱۰	ارتوپدی
۳/۶	۱۴	اطفال
۰/۳	۱	الرژی
۰/۸	۳	انفولانزا
۰/۵	۲	بی حسی /بی حالی
۳/۱	۱۲	بیماری زنان
۱/۶	۶	جراح عمومی
۰/۵	۲	چربی
۱/۸	۷	حساسیت
۰/۵	۲	داخلی
۶/۳	۲۴	دریافت دارو
۴/۴	۱۷	دندانپزشکی
۳/۹	۱۵	دیابت
۰/۵	۲	سردرد
۰/۵	۲	سرگیجه
۱۲/۵	۴۸	سرماخوردگی
۰/۵	۲	ضرب دیدن پا
۰/۵	۲	عفونت رنان
۰/۵	۲	عمومی
۱	۴	فشار خون
۰/۵	۲	کلیه
۱	۴	گلودرد
۰/۵	۲	نفس تنگی
۱۰۰	۳۸۴	جمع

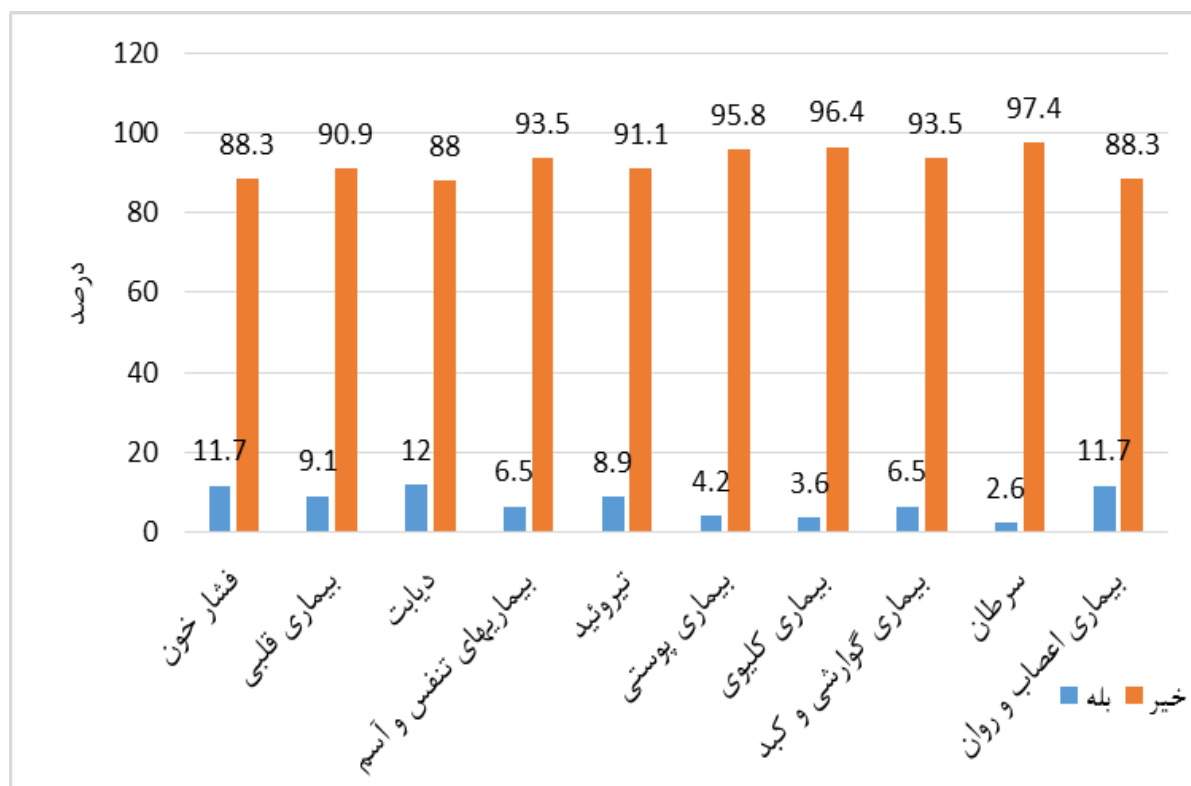
بیشترین فراوانی علت مراجعه فعلی مراجعین، سرماخوردگی (۱۹/۳ درصد)، انجام آزمایش (۱۵/۹ درصد)، دریافت دارو (۹/۴ درصد)، بیماری‌های زنان (۹/۱ درصد)، دندانپزشکی (۷/۸ درصد) و ارتوپدی (۷/۸ درصد) بود (جدول ۴-۸).

جدول ۴-۸: توزیع فراوانی علت مراجعت فعلی

درصد	فراوانی	علت مراجعه فعلی
۱۵/۹	۶۱	آزمایش
۲/۳	۹	آلرژی
۷/۸	۳۰	ارتوپدی
۲/۹	۱۱	اطفال
۱	۴	انفولانزا
۰/۵	۲	بی حسی / بی حالی
۹/۱	۳۵	بیماری زنان
۰/۵	۲	بیماری عمومی
۳/۴	۱۳	پزشک عمومی
۱	۴	تب
۱	۴	چشم
۳/۶	۱۴	داخلی
۹/۴	۳۶	دریافت دارو
۷/۸	۳۰	دندانپزشکی
۲/۶	۱۰	دیابت
۱	۴	رادیولوژی
۰/۵	۲	ریه و سینه
۱۹/۳	۷۴	سرماخوردگی
۱	۴	سونوگرافی
۱/۶	۶	عفونی
۱/۶	۶	عمومی
۰/۵	۲	قلب
۱	۴	کلیه
۰/۵	۲	کم خونی
۱	۴	گرفتگی عضله
۰/۵	۲	گزیدگی حشره
۰/۸	۳	گلودرد
۰/۵	۲	گوش حلق بینی
۰/۵	۲	ماموگرافی
۰/۵	۲	نفس تنگی
۱۰۰	۳۸۴	جمع

در بررسی سابقه ابتلا به بیماری مراجعین، دیابت (۱۲ درصد)، بیماری‌های اعصاب و روان (۱۱/۷ درصد)، بیماری‌های قلبی (۹/۱ درصد) و تیروئید (۸/۹ درصد) به ترتیب بیشترین فراوانی در مراجعین را داشتند (نمودار ۴-۱).

آرتروز، چربی، درد مفصل، دیابت، سنگ کلیه، بیماری صفرا، کم خونی، کیست و نقرس از جمله سایر بیماری‌ها بودند که به طور کلی ابتلا به آنها دارای فراوانی ۸/۱ درصد بود.



نمودار ۴-۱: توزیع فراوانی سابقه ابتلا به بیماری مراجعین

حداقل و حداکثر تعداد تقاضا برای خدمات سرپایی تخصصی ۱ تا ۴ تخصص بود. میانگین میزان تقاضا 1 ± 0.9 بود.

کلیه مراجعین متقاضی وجود هر سه خدمات پزشکی آزمایشگاه، رادیولوژی و سونوگرافی بودند.

۶۱ درصد افراد در دسترس بودن مراکز خدمات درمانی تأمین اجتماعی را به عنوان اولین علت ترجیح مراجعه عنوان نمودند. ۲۳ درصد به علت وجود تنوع خدمات ارائه شده علت ترجیح مراجعه عنوان نمودند. بقیه افراد نیز پایین بودن هزینه خدمات ارائه شده را علت ترجیح مراجعه عنوان نمودند.

در بررسی تخصص‌های پزشکی مورد نیاز از دیدگاه مراجعین، تخصص داخلی (۱۲/۵ درصد)، تخصص قلب و عروق (۱۱/۷ درصد)، ارتوپدی (۸/۳ درصد) و دندانپزشکی (۸/۱ درصد) به ترتیب دارای بیشترین فراوانی تقاضا بودند (جدول ۹-۴).

جدول ۹-۴: توزیع فراوانی تخصص‌های مورد نیاز از دیدگاه مراجعین

تخصص مورد نیاز	بله	خیر
قلب و عروق	۱۱/۷	۸۸/۳
مغز و اعصاب	۴/۹	۹۵/۱
دندانپزشکی	۸/۱	۹۱/۹
اعصاب و روان	۴/۲	۹۵/۸
پوست، مو و زیبایی	۷/۳	۹۱/۷
ارتوپدی	۸/۳	۹۱/۷
گوش، حلق، بینی	۳/۴	۹۶/۶
داخلی	۱۲/۵	۸۷/۵
کلیه و مجاری ادراری	۳/۱	۹۶/۹
چشم	۶/۸	۹۳/۲
زنان و زایمان	۳/۱	۹۶/۹
اطفال	۶/۳	۹۳/۸
غدد	۲/۱	۹۷/۹
تغذیه	۰/۳	۹۹/۷

میزان خدمات سرپایی بر حسب گروه سنی در جدول ۴-۱۰ آمده است. بیشترین میزان خدمات سرپایی در گروه سنی ۳۰ تا ۳۹ ساله مشاهده گردید. رابطه میزان تقاضای خدمات سرپایی با گروه سنی معنی دار بود ($P=0.016$).

جدول ۴-۱۰: میزان تقاضای تخصص‌های سرپایی بر حسب گروه سنی مراجعه کنندگان

کل	تعداد تقاضا برای تخصص سرپایی						
	۴	۳	۲	۱			
۱۵	۰	۲	۲	۱۱	تعداد	زیر ۲۰ سال	گروه سنی
۱۰۰	۰	۱۳/۳	۱۳/۳	۷۳/۳	درصد*		
۷۴	۰	۲	۱۰	۶۲	تعداد	۲۰ تا ۲۹ سال	
۱۰۰	۰	۲/۷	۱۳/۵	۸۳/۸	درصد		
۱۴۶	۰	۱۲	۳۲	۱۰۲	تعداد	۳۰ تا ۳۹ سال	
۱۰۰	۰	۸/۲	۲۱/۹	۶۹/۹	درصد		
۷۲	۰	۶	۶	۶۰	تعداد	۴۰ تا ۴۹ سال	
۱۰۰	۰	۸/۳	۸/۳	۸۳/۳	درصد		
۵۱	۲	۴	۶	۳۹	تعداد	۵۰ تا ۵۹ سال	
۱۰۰	۳/۹	۷/۸	۱۱/۸	۷۶/۵	درصد		
۲۶	۰	۰	۲	۲۴	تعداد	۶۰ سال و بالاتر	
۱۰۰	۰	۰	۷/۷	۹۲/۳	درصد		
۳۸۴	۲	۲۶	۵۸	۲۹۸	تعداد	کل	
۱۰۰	۰/۵	۶/۸	۱۵/۱	۷۷/۶	درصد		

*: درصد بر حسب مقادیر در هر ردیف برآورد گردیده است.

میزان خدمات سرپایی بر حسب جنس مراجعه کنندگان در جدول ۴-۱۱ آمده است. بیشترین میزان خدمات سرپایی در مردها مشاهده گردید. رابطه میزان تقاضای خدمات سرپایی با جنس مراجعه کنندگان معنی دار نبود ($P=0.102$).

جدول ۴-۱۱: میزان تقاضای تخصص‌های سرپایی بر حسب جنس مراجعه کنندگان

کل	تعداد تقاضا برای تخصص سرپایی						
	۴	۳	۲	۱			
۱۷۵	۰	۱۴	۳۳	۱۲۸	تعداد	مرد	جنس
۱۰۰	۰	۸	۱۸/۹	۷۳/۱	درصد		
۲۰۹	۲	۱۲	۲۵	۱۷۰	تعداد	زن	
۱۰۰	۱	۵/۷	۱۲	۸۱/۳	درصد		
۳۸۴	۲	۲۶	۵۸	۲۹۸	تعداد	کل	
۱۰۰	۰/۵	۶/۸	۱۵/۱	۷۷/۶	درصد		

میزان خدمات سرپایی بر حسب تأهل مراجعه کنندگان در جدول ۴-۱۲ آمده است. بیشترین میزان خدمات سرپایی در افراد متأهل مشاهده گردید. رابطه میزان تقاضای خدمات سرپایی با تأهل مراجعه کنندگان معنی دار نبود ($P=0.161$).

جدول ۴-۱۲: میزان تقاضای تخصص‌های سرپایی بر حسب تأهل مراجعه کنندگان

کل	تعداد تقاضا برای تخصص سرپایی						
	۴	۳	۲	۱			
۴۶	۰	۴	۲	۴۰	تعداد	مجرد	تاهل
۱۰۰	۰	۸/۷	۴/۳	۸۷	درصد		
۳۳۸	۲	۲۲	۵۶	۲۵۸	تعداد	متاهل	
۱۰۰	۰/۶	۶/۵	۱۶/۶	۷۶/۳	درصد		
۳۸۴	۲	۲۶	۵۸	۲۹۸	تعداد	کل	
۱۰۰	۰/۵	۶/۸	۱۵/۱	۷۷/۶	درصد		

میزان خدمات سرپایی بر حسب میزان تحصیلات مراجعه کنندگان در جدول ۴-۱۳ آمده است. بیشترین میزان خدمات سرپایی در افراد با تحصیلات دیپلم و فوق دیپلم مشاهده گردید. رابطه میزان تقاضای خدمات سرپایی با میزان تحصیلات مراجعه کنندگان معنی دار نبود ($P=0.567$).

جدول ۴-۱۳: میزان تقاضای تخصص‌های سرپایی بر حسب میزان تحصیلات مراجعه کنندگان

کل	تعداد تقاضا برای تخصص سرپایی						
	۴	۳	۲	۱			
۱۶۷	۲	۱۰	۲۱	۱۳۴	تعداد	زیر دیپلم	تحصیلات
۱۰۰	۱/۲	۶	۱۲/۶	۸۰/۲	درصد		
۱۷۵	۰	۱۴	۲۷	۱۳۴	تعداد	دیپلم و فوق	
۱۰۰	۰	۸	۱۵/۴	۷۶/۶	درصد	دیپلم	
۴۰	۰	۲	۱۰	۲۸	تعداد	کارشناسی	
۱۰۰	۰	۵	۲۵	۷۰	درصد		
۲	۰	۰	۰	۲	تعداد	کارشناسی ارشد	
۱۰۰	۰	۰	۰	۱۰۰	درصد	و بالاتر	
۳۸۴	۲	۲۶	۵۸	۲۹۸	تعداد	کل	
۱۰۰	۰/۵	۶/۸	۱۵/۱	۷۷/۶	درصد		

میزان خدمات سرپایی بر حسب شغل مراجعه کنندگان در جدول ۴-۱۴ آمده است. بیشترین میزان خدمات سرپایی در افراد با شغل آزاد مشاهده گردید. رابطه میزان تقاضای خدمات سرپایی با شغل مراجعه کنندگان معنی دار نبود ($P=0.406$).

جدول ۴-۱۴: میزان تقاضای تخصص‌های سرپایی بر حسب شغل مراجعه کنندگان

کل	تعداد تقاضا برای تخصص سرپایی						
	۴	۳	۲	۱			
۱۵۳	۰	۱۰	۲۹	۱۱۴	تعداد	آزاد	شغل
۱۰۰	۰	۶/۵	۱۹	۷۴/۵	درصد		
۳۸	۰	۴	۲	۳۲	تعداد	کارمند دولتی	
۱۰۰	۰	۱۰/۵	۵/۳	۸۴/۲	درصد		
۴۳	۰	۴	۶	۳۳	تعداد	کارمند بخش خصوصی	
۱۰۰	۰	۹/۳	۱۴	۷۶/۷	درصد		
۱۵۰	۲	۸	۲۱	۱۱۹	تعداد	بیکار	
۱۰۰	۱/۳	۵/۳	۱۴	۷۹/۳	درصد		
۳۸۴	۲	۲۶	۵۸	۲۹۸	تعداد	کل	
۱۰۰	۰/۵	۶/۸	۱۵/۱	۷۷/۶	درصد		

میزان خدمات سرپایی بر حسب درآمد مراجعه کنندگان در جدول ۴-۱۵ آمده است. بیشترین میزان خدمات سرپایی در افراد با درآمد نیم تا یک میلیون تومان مشاهده گردید. رابطه میزان تقاضای خدمات سرپایی با شغل مراجعه کنندگان معنی دار بود ($P=0.02$).

جدول ۴-۱۵: میزان تقاضای تخصص‌های سرپایی بر حسب درآمد مراجعه کنندگان

کل	تعداد تقاضا برای تخصص سرپایی						
	۴	۳	۲	۱			
۱۱۰	۰	۲	۲۳	۸۵	تعداد	کمتر از نیم میلیون تومان	میانگین درآمد
۱۰۰	۰	۱/۸	۲۰/۹	۷۷/۳	درصد		
۱۳۶	۰	۱۴	۱۹	۱۰۳	تعداد	نیم تا یک میلیون تومان	
۱۰۰	۰	۱۰/۳	۱۴	۷۵/۷	درصد		
۱۲۴	۲	۸	۱۲	۱۰۲	تعداد	یک تا یک و نیم میلیون تومان	
۱۰۰	۱/۶	۶/۵	۹/۷	۸۲/۳	درصد		
۱۴	۰	۲	۴	۸	تعداد	بیش از یک و نیم میلیون تومان	
۱۰۰	۰	۱۴/۳	۲۸/۶	۵۷/۱	درصد		
۳۸۴	۲	۲۶	۵۸	۲۹۸	تعداد	کل	
۱۰۰	۰/۵	۶/۸	۱۵/۱	۷۷/۶	درصد		

میزان خدمات سرپایی بر حسب نوع بیمه مراجعه کنندگان در جدول ۴-۱۶ آمده است. بیشترین میزان خدمات سرپایی در افراد با بیمه تأمین اجتماعی مشاهده گردید. رابطه میزان تقاضای خدمات سرپایی با نوع بیمه مراجعه کنندگان معنی دار بود ($P=0.001$).

جدول ۴-۱۶: میزان تقاضای تخصص‌های سرپایی بر حسب نوع بیمه مراجعه کنندگان

کل	تعداد تقاضا برای تخصص سرپایی						
	۴	۳	۲	۱			
۳۶۷	۲	۲۰	۵۴	۲۹۱	تعداد	تامین اجتماعی	نوع بیمه
۱۰۰	۰/۵	۵/۴	۱۴/۷	۷۹/۳	درصد		
۹	۰	۲	۰	۷	تعداد	خدمات درمانی	
۱۰۰	۰	۲۲/۲	۰	۷۷/۸	درصد		
۲	۰	۲	۰	۰	تعداد	نیروهای مسلح	
۱۰۰	۰	۱۰۰	۰	۰	درصد		
۶	۰	۲	۴	۰	تعداد	فاقد بیمه	
۱۰۰	۰	۳۳/۳	۶۶/۷	۰	درصد		
۳۸۴	۲	۲۶	۵۸	۲۹۸	تعداد	کل	
۱۰۰	۰/۵	۶/۸	۱۵/۱	۷۷/۶	درصد		

میزان خدمات سرپایی بر حسب داشتن یا نداشتن بیمه تکمیلی مراجعه کنندگان در جدول ۴-۱۷ آمده است. بیشترین میزان خدمات سرپایی در افراد با بیمه تکمیلی مشاهده گردید. رابطه میزان تقاضای خدمات سرپایی با داشتن یا نداشتن بیمه تکمیلی مراجعه کنندگان معنی دار بود ($P=0.001$).

جدول ۴-۱۷: میزان تقاضای تخصص‌های سرپایی بر حسب داشتن یا نداشتن بیمه تکمیلی مراجعه کنندگان

کل	تعداد تقاضا برای تخصص سرپایی						
	۴	۳	۲	۱			
۱۷۷	۲	۱۸	۲۶	۱۳۱	تعداد	دارد	بیمه تکمیلی
۱۰۰	۱/۱	۱۰/۲	۱۴/۷	۷۴	درصد		
۲۰۷	.	۸	۳۲	۱۶۷	تعداد	ندارد	
۱۰۰	۰	۳/۹	۱۵/۵	۸۰/۷	درصد		
۳۸۴	۲	۲۶	۵۸	۲۹۸	تعداد	کل	
۱۰۰	۰/۵	۶/۸	۱۵/۱	۷۷/۶	درصد		

میزان خدمات سرپایی بر حسب داشتن یا نداشتن تاریخچه پزشکی مراجعه کنندگان در جدول ۴-۱۸ آمده است. بیشترین میزان خدمات سرپایی در افراد با تاریخچه پزشکی مشاهده گردید. رابطه میزان تقاضای خدمات سرپایی با داشتن یا نداشتن تاریخچه پزشکی مراجعه کنندگان معنی دار بود ($P=0.03$).

جدول ۴-۱۸: میزان تقاضای تخصص‌های سرپایی بر حسب داشتن یا نداشتن تاریخچه پزشکی مراجعه کنندگان

کل	تعداد تقاضا برای تخصص سرپایی						
	۴	۳	۲	۱			
۱۳۵	۲	۱۰	۲۱	۱۰۲	تعداد	دارد	تاریخچه پزشکی
۱۰۰	۱/۵	۷/۴	۱۵/۶	۷۵/۶	درصد		
۲۴۹	۰	۱۶	۳۷	۱۹۶	تعداد	ندارد	
۱۰۰	۰	۶/۴	۱۴/۹	۷۸/۷	درصد		
۳۸۴	۲	۲۶	۵۸	۲۹۸	تعداد	کل	
۱۰۰	۰/۵	۶/۸	۱۵/۱	۷۷/۶	درصد		

میزان خدمات سرپایی بر حسب داشتن یا نداشتن سابقه مصرف دارو مراجعه کنندگان در جدول ۴-۱۹ آمده است. بیشترین میزان خدمات سرپایی در افراد با داشتن سابقه مصرف دارو مشاهده گردید. رابطه میزان تقاضای خدمات سرپایی با داشتن یا نداشتن سابقه مصرف دارو مراجعه کنندگان معنی دار نبود ($P=0.266$).

جدول ۴-۱۹: میزان تقاضای تخصص‌های سرپایی بر حسب داشتن یا نداشتن سابقه مصرف دارو مراجعه کنندگان

کل	تعداد تقاضا برای تخصص سرپایی						
	۴	۳	۲	۱			
۱۱۹	۲	۶	۲۲	۸۹	تعداد	دارد	سابقه مصرف دارو
۱۰۰	۱/۷	۵	۱۸/۵	۷۴/۸	درصد		
۲۶۵	۰	۲۰	۳۶	۲۰۹	تعداد	ندارد	
۱۰۰	۰	۷/۵	۱۳/۶	۷۸/۹	درصد		
۳۸۴	۲	۲۶	۵۸	۲۹۸	تعداد	کل	
۱۰۰	۰/۵	۶/۸	۱۵/۱	۷۷/۶	درصد		

فصل پنجم

بحث و نتیجه گیری

۵-۱) مقدمه

در این فصل به بحث پیرامون نتایج حاصل از تحقیق بر اساس فرضیه‌های تحقیق پرداخته و رد یا قبول فرضیه‌ها مورد تحلیل قرار گرفت. در نهایت پس از نتیجه گیری و مقایسه نتایج حاضر از این تحقیق با نتایج سایر محققین، پیشنهادهای مرتبط با هر فرضیه ارائه گردید.

۵-۲) بحث

هدف ویژه ۱: تعیین علل ترجیح افراد برای مراجعه به مراکز درمانی سازمان تأمین اجتماعی در

مواجهه با بیماری در سال ۹۴

در تحقیق حاضر ۶۱ درصد افراد در دسترس بودن مراکز خدمات درمانی تأمین اجتماعی را به عنوان اولین علت ترجیح مراجعه عنوان نمودند. ۲۳ درصد به علت وجود تنوع خدمات ارائه شده علت ترجیح مراجعه عنوان نمودند. بقیه افراد (۱۶ درصد) نیز پایین بودن هزینه خدمات ارائه شده را علت ترجیح مراجعه عنوان نمودند. طباطبایی و همکاران (۱۶) در بررسی علل عمده مراجعه بیماران بومی شهرستان رفسنجان به مراکز درمانی یزد و ارائه راهکارهای مناسب، نشان دادند که عمده‌ترین علل مراجعه بیماران بومی شهرستان رفسنجان به مراکز درمانی یزد کمبود پزشک متخصص مجرب در اکثر تخصصها (خصوصاً " زنان و زایمان، ارتوپدی، داخلی، اعصاب و روان و چشم) عدم رسیدگی مناسب، عدم احترام به شخصیت و حقوق بیمار در بیمارستان‌های آموزشی بود. آصف زاده (۱۷) در ارزیابی نیازهای درمانی کارکنان و افراد خانوار وابسته به یک بنگاه دولتی گزارش نمودند که بیشترین علل ترجیح افراد در مراجعه به مراکز درمانی به ترتیب قیمت مناسب، کیفیت خدمات، قابلیت دسترسی و پذیرش سروقت بود که با یافته‌های تحقیق حاضر همسو بود. Akin و Gely (۲۰) در بررسی بررسی رابطه میان کیفیت خدمات و تقاضا برای خدمات بهداشتی درمانی در نیاگارا در دانشگاه کارولینای شمالی، نشان دادند که در قیمت‌های بالاتر در هر موسسه ای موارد مصرف جامعه تحت پوشش با کاهش همراه بوده است، و موارد مصرف هر گونه خدمات بهداشتی درمانی با افزایش کیفیت مراقبت بیشتر

شده است در حالیکه در تحقیق حاضر، قیمت خدمات و هزینه پایین آن در مراتب پایین ترجیح خدمات درمانی بود. مفتون و کاظم (۶) در مطالعه‌ای به منظور بررسی بار تقاضا برای دریافت خدمات درمانی در شهر تهران، گزارش نمودند که تفاوت فراوانی تقاضا و میزان مراجعه با میزان دسترسی در مناطق مختلف شهر تهران از نظر آماری معنی دار بود که همسو با نتیجه تحقیق حاضر بود. مهمترین عامل در اختلاف نتایج، اختلاف در نوع محل سکونت، نوع بیماری شایع منطقه و خدماتی درخواستی و میزان درآمد مراجعین بوده که نقش اساسی را در ترجیح مراجعه به مراکز خدمات درمانی را شکل می‌دهد.

هدف ویژه ۲: تعیین علل مراجعه افراد برای مراجعه به مراکز درمانی سازمان تأمین اجتماعی در

مواجه با بیماری در سال ۹۴

در تحقیق حاضر بیشترین فراوانی علت مراجعه قبلی مراجعین به ترتیب سرماخوردگی، دریافت دارو، دندانپزشکی و دیابت بود. همچنین بیشترین فراوانی علت مراجعه فعلی مراجعین به ترتیب سرماخوردگی، انجام آزمایش، دریافت دارو، بیماری‌های زنان، دندانپزشکی و ارتوپدی بود. مفتون و کاظم (۶) نیز در بررسی بار تقاضا برای دریافت خدمات درمانی در شهر تهران نشان دادند که آنفولانزا و سرماخوردگی، بیماری‌های قلبی و عروقی، موسکلواسکلتال و اعصاب و روان بیشترین فراوانی مراجعه را داشتند که تا حدودی همسو با تحقیق حاضر بود. آصف زاده (۱۷) نیز گزارش نمود که به ترتیب مراجعه به پزشک عمومی، پزشک متخصص، انجام آزمایشات تشخیصی، دندانپزشک و گرفتن دارو علت عمده مراجعات سرپائی کارکنان و افراد خانوار شبکه راه آهن ایران بود که در اکثر موارد با نتیجه تحقیق حاضر همسو بود. Kersnik (۲۸) در تعیین میزان اقدام به خود درمانی و علل اقدام به آن در جامعه دانشجویی اسلونی، نشان دادند که به ترتیب سردرد، خستگی و ضعف بدنی، بیماری‌های گوارشی (اسهال و استفراغ)، سرماخوردگی و آنفولانزا و دردهای عضلانی عمده علت مراجعه به مراکز درمانی بود. علل مراجعه بر اساس فصل مطالعه، سال مطالعه، محل و شرایط اکولوژیکی متفاوت خواهد

بود که در تحقیقات مختلف این امر به وضوح مشاهده شده و علت اصلی تفاوت در نتایج تحقیقات مورد بررسی خواهد بود.

هدف ویژه ۳: تعیین میانگین بار مراجعه به مراکز مختلف جهت دریافت خدمات درمانی سرپایی

به مراکز درمانی سازمان تأمین اجتماعی در سال ۹۴

در تحقیق حاضر میانگین تعداد مراجعات به مراکز درمانی سازمان تأمین اجتماعی استان قزوین $2 \pm 1/3$ بار بود. $50/3$ درصد افراد برای اولین بار بود که مراجعه کرده بودند. مراجعه برای دومین بار و سومین بار به ترتیب $26/6$ و $18/5$ درصد بود. آصف زاده (۱۷) متوسط بار مراجعه به پزشک عمومی $2/33$ ، پزشک متخصص $1/37$ ، مراکز تشخیص طبی $1/22$ ، دندانپزشک $0/1$ ، داروخانه $3/2$ و بیمارستان $0/5$ برای کارکنان شبکه راه آهن ایران برآورد که تا حدودی با نتیجه تحقیق حاضر همسو بود. همچنین مفتون و کاظم (۶) در سال ۱۳۸۵ بار تقاضا برای دریافت خدمات درمانی در مناطق پنج گانه شهر تهران (شمال، جنوب، مرکز، غرب و شرق) برای هر ۱۰۰ نفر، ۱۲۲ بار ($1/22$) برآورد نمود که کمتر از متوسط بار مراجعه بدست آمده در تحقیق حاضر بود. این امر نشان دهنده اختلاف بار مراجعات بر اساس محل سکونت و نوع جامعه آماری مورد بررسی است.

هدف ویژه ۴: تعیین میزان تقاضا برای خدمات سرپایی در مراجعان مراکز درمانی سازمان تأمین

اجتماعی در سال ۹۴ بر حسب نوع بیماری

در تحقیق حاضر حداقل و حداکثر تعداد تقاضا برای خدمات سرپایی تخصصی ۱ تا ۴ تخصص بود. میانگین میزان تقاضا $1 \pm 0/9$ بود. کلیه مراجعین متقاضی و جود هر سه خدمات پاراکلینیکی آزمایشگاه، رادیولوژی و سونوگرافی بودند. مهمترین تخصص‌های پزشکی مورد نیاز از دیدگاه مراجعین، تخصص داخلی، تخصص قلب و عروق، ارتوپدی و دندانپزشکی به ترتیب دارای بیشترین فراوانی تقاضا بودند. صفری و همکاران (۲۱) در تعیین علل مراجعه به درمانگاه زنان کلینیک شهید مفتاح یاسوج گزارش نمودند که بیشترین روش تشخیصی پاراکلینیکی در خواست شده سونوگرافی بود که با نتیجه تحقیق حاضر همسو بود. عبادی‌فردآذر و همکاران

(۲۷) در بررسی بهره‌مندی از خدمات سلامت در استان اصفهان را مورد بررسی نشان دادند که خدمات تشخیصی، بستری و خرید دارو از جمله مهمترین درخواست‌ها بود. بنابر این می‌توان نتیجه گرفت که خدمات پاراکلینیکی عمومی مانند آزمایشگاه، رادیولوژی و سونوگرافی مورد تقاضای اکثر مراجعین است ولی تخصص‌های مورد نیاز در جوامع مختلف متفاوت خواهد بود.

هدف ویژه ۵: تعیین میزان تقاضا برای خدمات سرپایی در مراجعان مراکز درمانی سازمان تأمین

اجتماعی در سال ۹۴ بر حسب سن

در تحقیق حاضر بیشترین میزان تقاضا برای خدمات سرپایی در گروه سنی ۳۰ تا ۳۹ ساله مشاهده گردید. رابطه میزان تقاضای خدمات سرپایی با گروه سنی معنی‌دار بود ($P=0.016$) Miler (۱۸) در تحلیل تقاضا برای خدمات بهداشت روان در گروه‌های موجود در طبقات اجتماعی و نژادی متفاوت در جامعه در دانشگاه کلمبیا، گزارش نمودند که میزان تقاضا با سن افراد شرکت‌کننده در تحقیق رابطه معنی‌دار داشت که با تحقیق حاضر همسو بود. Gerdtham (۱۹) در برآورد تقاضا برای سلامت در سوئد بر اساس مدل گروسمن، گزارش نمود که تقاضا برای سلامت با سن افراد رابطه معنی‌دار داشته به طوری که با افزایش سن در میان مردان، میزان تقاضا کاهش می‌یابد که در تحقیق حاضر نیز بیشترین تقاضا برای خدمات درمان سرپایی در افراد میان‌سال بوده و میزان تقاضا در افراد مسن و یا خیلی جوان کمتر بود. مفتون و کاظم (۱۰) نیز در بررسی بار تقاضا برای دریافت خدمات درمانی در شهر تهران گزارش نمودند که میزان تقاضا با سن افراد رابطه معنی‌دار داشته و در گروه‌های سنی مختلف، میزان تقاضا دارای اختلاف معنی‌دار بوده است. قادری و همکاران نیز در برآورد تابع تقاضا برای خدمات دندان‌پزشکی در خانوارهای سبزوار نشان دادند که رابطه آماری معنادار و معکوسی میان تقاضای خدمات دهان و دندان و سن سرپرست خانوار وجود داشت. مشابه نتایج فوق، عبادی‌فردآذر و همکاران (۲۷) در بررسی بهره‌مندی از خدمات سلامت در استان اصفهان، گزارش نمودند که سن پدر و مادر خانوار و بهره‌مندی از خدمات درمانی سرپایی رابطه آماری معناداری وجود داشت. دلیل اینکه چرا در افراد میان‌سال

تقاضا برای دریافت خدمات سرپایی بیشتر از سایر گروه‌های سنی بود قابل تأمل و نیاز به بررسی بیشتری دارد ولی در تحقیق حاضر فراوانی مراجعین میان سال بیشتر از سایر گروه‌های سنی بود که عمده ترین علت مربوط به این مسئله است. ولی در گروه‌های سنی بالاتر که تقاضا برای خدمات سرپایی کمتر بوده شاید ناشی از گرایش آنها به خدمات بیمارستانی و بستری باشد که نیاز به بررسی بیشتری دارد.

هدف ویژه ۶: تعیین میزان تقاضا برای خدمات سرپایی در مراجعان مراکز درمانی سازمان تأمین

اجتماعی در سال ۹۴ بر حسب جنس و تأهل

در تحقیق حاضر بیشترین میزان خدمات سرپایی در مردها مشاهده گردید ولی رابطه میزان تقاضای خدمات سرپایی با جنس مراجعه کنندگان معنی دار نبود ($P=0.102$). همچنین بیشترین میزان خدمات سرپایی در افراد متأهل مشاهده گردید که رابطه میزان تقاضای خدمات سرپایی با تأهل مراجعه کنندگان نیز معنی دار نبود ($P=0.161$) Miler (۱۸) گزارش نمود که تقاضا برای مراقبت‌های بهداشتی بین گروه‌های مختلف اخلاقی، نژادی، و جنسی دانشگاه کلمبیا با وجود سطح پوشش بیمه ای یکسان، تفاوت معنی داری وجود دارد که با نتیجه تحقیق حاضر همسو نبود. Gerdtham (۱۹) نیز گزارش نمودند که تقاضا برای سلامت در سوئد با جنس افراد و شرایط زندگی آنها رابطه معنی دار داشت که با نتیجه تحقیق حاضر همسو نبود. همچنین مفتون و کاظم (۶) نشان دادند که از نظر آماری تفاوت معناداری در فراوانی تقاضا برای دریافت خدمات درمانی در شهر تهران در گروه‌های مختلف جنسی وجود دارد که با تحقیق حاضر همسو بود. قادری و همکاران (۲۶) در برآورد تابع تقاضا برای خدمات دندان پزشکی در خانوارهای سبزوار نشان دادند که جنس سرپرست خانوار بر تصمیم‌گیری برای مراجعه به دندان پزشک تأثیر گذار نبوده است که با نتیجه تحقیق حاضر همسو بود.

هدف ویژه ۷: تعیین میزان تقاضا برای خدمات سرپایی در مراجعان مراکز درمانی سازمان تأمین

اجتماعی در سال ۹۴ بر حسب تحصیلات افراد

در تحقیق حاضر بیشترین میزان خدمات سرپایی در افراد با تحصیلات دیپلم و فوق دیپلم مشاهده گردید ولی رابطه میزان تقاضای خدمات سرپایی با میزان تحصیلات مراجعه کنندگان معنی دار نبود ($P=0.567$). Grossman (۱۰) گزارش نمود سطح آموزش افراد اثر مثبت و معنی داری بر منحنی تقاضا برای خدمات سلامتی دانشگاه نیویورک دارد که با نتیجه تحقیق حاضر همسو نبود. Gerdtham (۱۹) نیز نشان داد که تقاضا برای سلامت با میزان تحصیلات رابطه معنی دار و مستقیم داشته به طوری که با افزایش میزان تحصیلات افراد، تقاضا برای خدمات سلامت افزایش می یابد که با نتیجه تحقیق حاضر همسو نبود. عبادی فردآذر و همکاران (۲۷) گزارش نمودند که بهره مندی از خدمات سلامت در استان اصفهان با میزان تحصیلات پدر و مادر خانوار رابطه آماری معناداری داشت که با تحقیق حاضر همسو نبود. Kazi و Noman (۳۰) در برآورد عوامل موثر بر تقاضا برای مراقبت های بهداشتی در بنگلادش گزارش نمودند که سطح تحصیلات اثر مثبت و معنی دار در تقاضا برای مراقبت های بهداشتی داشت که با تحقیق حاضر همسو نبود. ولی فیاض منفرد و همکاران (۲۴) در مطالعه ای به منظور ارزیابی فراوانی نیاز و تقاضا به درمان ارتودنسی در دانش آموزان مقطع راهنمایی شهر کرمان گزارش نمودند که تحصیلات والدین بر تقاضا برای درمان دندانپزشکی ارتودنسی تاثیر معنی داری نداشت که نتیجه تحقیق حاضر همسو بود. همان طوریکه دیده شد تأثیر میزان تحصیلات بر میزان تقاضای خدمات درمانی در مطالعات بررسی شده متفاوت بود. آنچه که باعث این تفاوت ها می گردد، اختلاف در نوع جامعه آماری مورد بررسی مطالعات است. جوامع آماری مختلف، تقاضای خدمات درمانی مختلفی را خواهند داشت.

هدف ویژه ۸: تعیین میزان تقاضا برای خدمات سرپایی در مراجعان مراکز درمانی سازمان تأمین

اجتماعی در سال ۹۴ بر حسب شغل

در تحقیق حاضر رابطه میزان تقاضای خدمات سرپایی با شغل مراجعه کنندگان معنی دار نبود ($P=0.406$) ولی بیشترین میزان خدمات سرپایی در افراد با شغل آزاد مشاهده گردید. قادری و همکاران (۲۶) در برآورد تابع تقاضا برای خدمات دندان پزشکی در خانوارهای سبزوار نتیجه گیری کردند که سه متغیر تحصیلات، شغل

و درآمد سه عامل تعیین کننده و معنی دار در تقاضا برای خدمات دندان پزشکی بودند که با تحقیق حاضر همسو نبود. عبادی فردآذر و همکاران (۲۷) در بهره مندی از خدمات سلامت در استان اصفهان نشان دادند که شغل پدر و مادر خانوار و بهره مندی از خدمات درمانی سرپائی رابطه آماری معناداری وجود داشت. این امر نشان دهنده این واقعیت است که در سطوح مختلف شغلی، تقاضا برای خدمات درمانی می تواند متفاوت باشد ولی این تقاضا در جوامع آماری مختلف مورد مطالعه، تفاوت خواهد داشت.

هدف ویژه ۹: تعیین میزان تقاضا برای خدمات سرپایی در مراجعان مراکز درمانی سازمان تأمین

اجتماعی در سال ۹۴ بر میزان درآمد ماهیانه مراجعین

در تحقیق حاضر بیشترین میزان خدمات سرپایی در افراد با درآمد نیم تا یک میلیون تومان مشاهده گردیده و رابطه میزان تقاضای خدمات سرپایی با شغل مراجعه کنندگان معنی دار بود ($P=0.02$). Miler (۱۸) نشان داد که رابطه تقاضا برای خدمات بهداشت روان در گروه های موجود در طبقات اجتماعی و نژادی متفاوت در جامعه دانشگاه کلمبیا با حقوق ماهیانه افراد ارتباط آماری معناداری را نشان داد که با نتیجه تحقیق حاضر همسو بود. Gerdtham (۱۹) نیز در بررسی تقاضا برای سلامت در سوئد گزارش نمود که تقاضا برای سلامت با میزان درآمد افراد رابطه معنی دار و مثبت نشان داد. که با تحقیق حاضر همسو بود. فیاض منفرد و همکاران (۲۴) نیز دریافتند که محدودیت های اقتصادی یک بازدارنده مهم و مانع پیگیری تقاضا به درمان ارتودنسی در دانش آموزان مقطع راهنمایی شهر کرمان بود. قادری و همکاران (۲۶) در ر برآورد تابع تقاضا برای خدمات دندان پزشکی در خانوارهای سبزوار نیز گزارش نمودند که با افزایش درآمد خانوار، میزان تقاضا برای استفاده از خدمات دندان پزشکی بیشتر می شود که با نتیجه تحقیق حاضر همسو بود. عبادی فردآذر و همکاران (۲۷) نیز گزارش نمودند که درآمد کل خانوار و بهره مندی از خدمات درمانی سرپائی در استان اصفهان رابطه آماری معناداری وجود داشت که با نتیجه تحقیق حاضر همسو بود. Kazi و Noman (۳۱) نیز گزارش نمودند که سطح درآمد افراد اثر مثبت در تقاضا برای مراقبت های بهداشتی در بنگلادش داشت. بنابراین می توان نتیجه

گرفت که وضعیت اقتصادی خانواده‌ها تا حدود زیادی میزان تقاضا برای خدمات درمانی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. لذا صرف یارانه سلامت در این مورد تا حدود زیادی می‌تواند در کاهش هزینه و افزایش تقاضای خدمات درمانی مؤثر باشد.

هدف ویژه ۱۰: تعیین میزان تقاضا برای خدمات سرپایی در مراجعان مراکز درمانی سازمان تأمین

اجتماعی در سال ۹۴ بر حسب نوع بیمه

در تحقیق حاضر رابطه میزان تقاضای خدمات سرپایی با نوع بیمه مراجعه کنندگان معنی دار بود ($P=0.001$). بیشترین میزان خدمات سرپایی در افراد با بیمه تأمین اجتماعی مشاهده گردید. همچنین رابطه میزان تقاضای خدمات سرپایی با داشتن یا نداشتن بیمه تکمیلی مراجعه کنندگان معنی دار بود ($P=0.001$). بیشترین میزان خدمات سرپایی در افراد با بیمه تکمیلی مشاهده گردید. عبادی فردآذر (۲۷) و همکاران در بررسی بهره مندی از خدمات سلامت در استان اصفهان نشان دادند که نوع بیمه تحت پوشش خانوار و بهره مندی از خدمات درمانی سرپایی رابطه آماری معناداری وجود داشت که با تحقیق حاضر همسو بود. این امر نشان دهنده تأثیر حمایتی بالای بیمه‌های درمانی در پرداخت هزینه‌های درمانی و به طبع آن افزایش میزان تقاضا برای خدمات درمانی خواهد بود.

۵-۳) نتیجه گیری کلی

نتایج حاصل از این تحقیق نشان داد که وجود بخش‌های تشخیصی آزمایشگاه، رادیولوژی و سونوگرافی در مراکز خدمات درمانی سرپایی سازمان تأمین اجتماعی مورد تقاضای همه مراجعین بود. همچنین مهمترین تخصص‌های پزشکی مورد نیاز از دیدگاه مراجعین به ترتیب، تخصص داخلی، تخصص قلب و عروق، ارتوپدی و دندانپزشکی بودند. این نتایج در برنامه ریزی طرح توسعه مراکز خدمات درمانی سرپایی سازمان تأمین اجتماعی مفید و قابل اجرا بوده و نیازهای درمانی مراجعین را برطرف خواهد نمود.

۵-۴) پیشنهاد ها

الف) پیشنهاد می‌گردد تقاضا برای استفاده از خدمات بهداشتی و درمانی سایر مراکز خدمات درمانی سرپایی مورد ارزیابی قرار گیرد.

ب) پیشنهاد می‌گردد تقاضا برای استفاده از خدمات بهداشتی و درمانی کلینیک‌های ویژه فوق تخصصی مورد ارزیابی قرار گیرد.

ج) پیشنهاد می‌گردد اثربخشی انواع خدمات بهداشتی و درمانی موجود در مراکز خدمات درمانی سرپایی سازمان تأمین اجتماعی مورد ارزیابی قرار گیرد.

منابع

۱. آصف زاده س، کشاورز محمدی ن، یزدی ن. برآورد تقاضا برای استفاده از خدمات درمانی در سالمندان زن روستایی قزوین در سال ۱۳۸۸. پایان نامه دروه ی MPH دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی -درمانی قزوین، دانشکده بهداشت

۲. آصف زاده س. . مدیریت و تحقیقات بیمارستانی، انتشارات دانشگاه علوم پزشکی قزوین، ۱۳۹۰.

۳. سوفی و. اقتصاد بهداشت برای کشورهای در حال توسعه. ترجمه ابوالقاسم پوررضا. تهران. سازمان مدیریت و برنامه ریزی، ۱۳۹۳ ص ۵۵

۴. Payne J. Researching Health Needs: a Community- Based Approach. 1st Edition, Sage Publications: UK, 1999.

۵. شریعتی ب، فرزندی ف، حسینی تودشکی ح. الگوی برآورد نیروی انسانی دندانپزشکی، چاپ اول، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ۱۳۷۹.

۶. مفتون ف، فرزندی ف، کاظم م، پیله رودی س. آیین پرست ا. بار تقاضا و مراجعه برای دریافت خدمات درمانی در شهر تهران. فصلنامه پایش، سال پنجم، شماره دوم، ۱۳۸۵: ۱۴۰-۱۳۱

۷. بی نام. مروری بر برنامه ریزی نیروی انسانی پزشکی و روشهای برآورد تعداد پزشک مورد نیاز، چاپ اول، دبیرخانه شورای آموزش پزشکی و تخصصی، تهران، ۱۳۷۹.

۸. Hooper, J. and Longworth, P. Health needs assessment Workbook. Health Development Agency, 2002, London: www.hda-online.org.uk

۹. Pallant, J. Health needs assessment Toolkit, Mid Hampshire, Primary Care Trust. 2002, London.

۱۰. Grossman Michel. The Demand For Health: A Theoretical And Empirical Investigation. National Bureau of Economic Research. Columbia University Press. 1999, New York.

۱۱. Normand, C. Social Health Insurance. 1997.

۱۲ . پازوکی م. بهداشت و توسعه. مجله برنامه بودجه، ۱۳۷۸، شماره ۲۰-۱۹.

۱۳ . Witter S. Health Economics for Developing Countries, A Practical guide. 2001, Macmillan, UK.

۱۴ . Clintom, M. Scheiwe, D. Management in the Industrial Health Care Industry. Harper Educational Publishers, 1995, Australia.

۱۵ . Cindy Lam. A Study on the Practice of Self-Medication in Hong Kong. Journal of Social med. 1989, 11(6): 272-286.

۱۶ . طباطبایی ض، خالصی ن، انواری م. بررسی علل عمده مراجعه بیماران بومی شهرستان رفسنجان به مراکز درمانی یزد و ارائه راهکارهای مناسب. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، ۱۳۷۹.

۱۷ . Asefzadeh S. Rethinking the health services insurance system: a new model for Iranian railroad households. Eastern Mediterranean health journal, 1999, 5(3); 27-32.

۱۸ . Miler S. Demand analysis for mental health in different racial classes in American community. Columbia university press, 1999.

۱۹ . Gerdtham MJ. New estimates of the demand for health: results based on a categorical health measure and Swedish micro data. Department of Economics, Stockholm School of Economics, Box 6501, S-11383 Stockholm, 1999, Sweden.

۲۰ . Akin J, Gely D. Relationship between quality of services and demand for health care services in Niagara. The North Carolina University press, 2000.

۲۱ . صفری م، پاد م، غریب پور ر، رضایی م. علل مراجعه به درمانگاه زنان کلینیک شهید مفتاح یاسوج نیمه دوم سال ۱۳۸۴. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی یاسوج، ۱۳۸۵، ۱۱: ۲۹-۲۳.

۲۲ . محمودی فری. بررسی نقش بیمارستان شهید دکتر قلی پور بوکان در رفع نیازهای درمانی منطقه. نشریه همای سلامت، ۱۳۸۵، ۳(۱۶): ۱۱-۱۴.

۲۳. هلاکوئی نائینی ک، اردلان ع. مطالعه مبتنی بر جمعیت و بررسی نیازها و وضعیت سلامتی. مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران، ۱۳۸۴، ۱(۱): ۱۸-۲۴.

۲۴. فیاض منفرد ح، حمزه م. ارزیابی فراوانی نیاز و تقاضا به درمان ارتودنسی در دانش‌آموزان مقطع راهنمایی شهر کرمان در سال تحصیلی ۸۵-۱۳۸۴. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان. ۱۳۸۶، ۶(۱): ۶۷-۷۶.

۲۵. جباری بیرامی ح، نشیان ف. تعیین میزان تقاضا برای خدمات قابل ارائه توسط پزشکان در استان اردبیل در سال ۸۰. مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز، ۱۳۸۶، ۲۹(۱): ۷-۱۱.

۲۶. قادری ح، جمشیدی اورک ر، قربانی ع. برآورد تابع تقاضای خدمات دندانپزشکی خانوار شهری سبزوار، ایران؛ ۱۳۸۵ مدیریت سلامت، ۱۳(۴۰): ۷-۱۲.

۲۷. عبادی فردآذر ف، رضاپور ع، عباسی بروجنی پ، صفری پلنگی ح، معینی نائینی م. بهره‌مندی از خدمات سلامت در استان اصفهان. نشریه بیمارستان، ۱۳۹۰، ۱۰(۳): ۳۲-۲۳.

۲۸. Kersnik J. Self-medication in student population. Journal of Social med, 2008, 74: 196-200.

۲۹. Ather HA, Rankaduwa W, Adika KK. Demand for Public Health Care in Pakistan. The Pakistan Development Review, 2009, 48(2): 141-153.

۳۰. DeLurgio S, Denton B, Cabanela RL, Bruggeman S, Williams AR, Ward SL, Groves N, Osborn J. Forecasting weekly outpatient demands at clinics within a large medical center. Production and Inventory Management Journal, 2009, 45(2): 35-46.

۳۱. Kazi Julfikar A, Noman ANK. Determinants of Demand for Health Care in Bangladesh: An Econometric Analysis. World Journal of Social Sciences, 2013, 3(6): 153 – 163.

۳۲. خاکی م ح، کارگر م، پرهام م، محبی س. بررسی کیفیت خدمات ارائه شده در درمانگاههای سرپایی بیمارستانهای آموزشی شیراز بر اساس الگوی سروکوال در سال ۱۳۹۳. پژوهش پرستاری، ۱۳۸۸، ۱۰(۳): ۸۸-۸۱.

پیوست‌ها

پرسشنامه

«ارزیابی تقاضا برای خدمات سرپایی در مراجعان مراکز درمانی سازمان تأمین اجتماعی»

- سن:..... تاریخ مراجعه/ معاینه:.....
- جنس: مرد ☐ زن ☐ تأهل: مجرد ☐ متأهل ☐
- تحصیلات: زیردیپلم ☐ دیپلم و کاردانی ☐ کارشناسی ☐ کارشناس ارشد و بالاتر ☐
- شغل: آزاد ☐ کارمند بخش دولتی ☐ کارمند بخش خصوصی ☐ بیکار ☐
- میانگین درآمد: کمتر از ۵۰۰,۰۰۰ تومان ☐ ۵۰۰,۰۰۰ – ۱۰۰۰,۰۰۰ تومان ☐ ۱۰۰۰,۰۰۰ – ۱۵۰۰,۰۰۰ تومان ☐ (ج) بالاتر از ۱۵۰۰,۰۰۰ ☐
- نوع بیمه: تأمین اجتماعی ☐ خدمات درمانی ☐ نیروهای مسلح ☐ سایر بیمه ها ☐ بیمه ندارم ☐
- بیمه تکمیلی: دارم ☐ ندارم ☐
- تاریخچه پزشکی: دارم ☐ ندارم ☐
- سابقه ی مصرف دارو: دارم ☐ ندارم ☐ نام دارو:..... مدت مصرف:.....
- استعمال دخانیات: دارم ☐ ندارم ☐
- علت مراجعه (در دو ماه گذشته):..... تعداد مراجعه (در مدت دو ماه گذشته):.....
- علت مراجعه فعلی:.....
- سابقه ی ابتلاء به کدامیک از بیماری های زیر را دارید/ داشتند؟ (در صورت ابتلا علامت بزنید)

بیماری فشار خون	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	بیماری های قلبی	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
بیماری دیابت	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	بیماری های تنفسی و آسم و حساسیت	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
بیماری تیروئید	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	بیماری های پوستی	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
بیماری کلیوی (پیوند- دیالیز)	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	بیماری های گوارشی و کبدی	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
بیماری سرطان	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	بیماری اعصاب و روان	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>

- آیا مبتلا به بیماری دیگری هستید، که در موارد بالا ذکر نشده باشد؟ بله ☐ خیر ☐ نام بیماری؟

- وجود کدامیک از تخصص پزشکی را در این مرکز لازم و ضروری می دانید:
- وجود کدامیک خدمات پزشکی (آزمایشگاه/ سونوگرافی/ رادیولوژی و ...) را در این مرکز لازم و ضروری می دانید:
- نظرات و پیشنهادات:

با تشکر از همکاری شما

Abstract

Background: The target population must be able to receive needed services without endure hard work and these services must comply with the culture and needs of recipients and the costs are bearable. In this study, the demand for outpatient treatment services were studied clients of treatment centers of Qazvin social security organization in 2015.

Methods: This cross-sectional study was prospective. 384 patients were evaluated. Data collection tool was a questionnaire. The questionnaire had three main parts. The first part included demographic characteristics of patients such as gender, age, education, income, type of insurance and job. The second part of questionnaire included medical records, cause and the number of outpatient in 11 items. The third part of the questionnaire included medical services needed in the future. Cronbach's alpha was calculated 0.755 for reliability. Chi-square test was used to determine the relationship between independent and dependent variables.

Results: The most frequent reason for clients visit were having cold (19.3%), testing (15.9%), medication (9.4%), obstetrics and gynecology (9.1%), dentists (7.8%) and orthopedic (7.8%). The average number of visits to health centers Social Security Organization of Qazvin were 2 ± 1.3 times. All patients wanted the existing of medical laboratory, radiology and sonography. Medical required from the perspective view were internal expertise (12.5%), cardiology (11.7%), orthopedic (8.3%) and dentists (8.1%). The demand for outpatient services had significant relationship with age, income, insurance and medical history of patients ($p < 0.05$), but sex, marital status, education, job and history of medicine consumption had no significant relationship ($p > 0.05$).

Conclusion: The results of this study showed that the diagnostic laboratory, radiology and sonography services were requested by all clients in outpatient treatment Social Security Administration. As well as the medical expertise required from the perspective of patients were expertise, cardiology, orthopedics and dentistry, respectively. This results were useful and applicable in planning health care of, outpatient social security centers and will meet the treatment needs of patients.

Key words: demand, health care, social care, outpatient, clinics.



Qazvin University of Medical Sciences
Faculty of Health

Degree:
Master of Public Health (MPH)

Title:
Evaluation of demand for outpatient treatment services in clients
of treatment centers of Qazvin social security organization
in 2015

Supervisor:
Dr. Saeed Asefzadeh

By:
Dr. Bahman Ali Akbari

2016